



JUNTA MUNICIPAL DE PANTOJA

Mural informativo de las actividades realizadas en el mes de **Noviembre** de 2021



Carmen B. Guillermo F.
LIC. CARMEN B. GUILLERMO F.

Enc. Libre Acceso a la Información Pública Municipal
(RAIM)

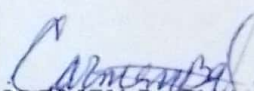




JUNTA MUNICIPAL DE PANTOJA

Mural informativo de las actividades realizadas en el mes de **Noviembre** de 2021




LIC. CARMEN B. GUILLERMO F.

Enc. Libre Acceso a la Información Pública Municipal
(RAIM)

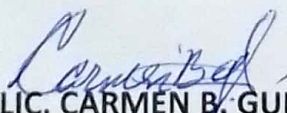




JUNTA MUNICIPAL DE PANTOJA

Mural informativo de las actividades realizadas en el mes de **Noviembre** de 2021




LIC. CARMEN B. GUILLERMO F.

Enc. Libre Acceso a la Información Pública Municipal
(RAIM)

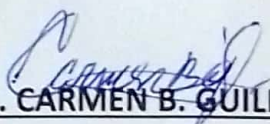




JUNTA MUNICIPAL DE PANTOJA

Mural informativo de las actividades realizadas en el mes de **Noviembre** de 2021.




LIC. CARMEN B. GUILLERMO F.

Enc. Libre Acceso a la Información Pública Municipal
(RAIM)



República Dominicana
SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CERTIFICADO DE DEFUNCION

I - DATOS DEL FALLECIDO

Nombre: TOMAS		No. Ciudad: 15601-1	SEXO: ☒ Masculino
1er. Apellido: Cordero			☐ Femenino
2do. Apellido: Sequeira			☐ Común
Estado Civil: ☐ Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Otro		Nacionalidad: ☐ Dominicana ☒ Extranjera	
Última Ocupación: Aguatilla	Situación Ocupacional: ☐ Patrón ☐ Empleado ☐ Obrero ☐ Otro	Año Nac. 73	
Edad Cumplida: 75 años	NOMBRES: Madre: Blusa Cordero		
APELLIDOS: Padre: Celestino Sequeira		Conyugue: Jacinta de Cordero	
Domicilio Habitual: Provincia: Sto. Dgo Municipio: Sección:		Código: 85	
Ciudad: Calle: No.		ZONA: ☒ Urbana ☐ Rural	

II - DATOS DE LA MUERTE

FECHA DE LA MUERTE: Hora: 7:30 PM Día: 29 Mes: 11 Año: 1984	Prov.: Sto. Dgo Mun.: Sec.: Reg. Prov. m. i. u.
LUGAR DE DEFUNCION: Calle: No.	Donde: ☒ Hospital o Clínica ☐ Casa ☐ Otro
Nombre Hospital: Sanatorio de San Juan	Muerte: ☐ Accidente de Trabajo ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☒ Otro
Causa de Defunción: Insuficiencia cardíaca congestiva	
Debida a (consecuencia de): Carcinoma broncogénico	
Debida a (consecuencia de):	
Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionadas con la enfermedad o condición morbose que la produjeron.	
* Explique detalladamente cuando ocurra muerte violenta.	
** No quiere decirse con esto la manera o modo de morir P.E. dolor, síndrome, asfisia, etc., significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.	

III - DATOS DE LA CLASIFICACION

Recibió Atención Médica en su última enfermedad: ☒ Si ☐ No	Certificado Hecho por: ☒ Médico Tratante ☐ Médico no Tratante ☐ Alcalde o Segundo	131 ☒ Si ☐ No	132 ☒ Médico Tratante ☐ Médico no Tratante ☐ Alcalde o Segundo	133 ☐ Si ☐ No	134 ☐ Si ☐ No
Si no fue expedido por el médico tratante cómo se determinó la causa probable de la muerte: ☐ Autopsia ☒ Reconocimiento del Cadáver		135 ☐ Si ☐ No			
POR MÉDICO: Nombres y Apellidos: Dra. Maíra Tave Domicilio: Sto. Dgo		POR MÉDICO: Nombres y Apellidos: Domicilio:			
POR MÉDICO: Nombres y Apellidos: Domicilio:		POR MÉDICO: Nombres y Apellidos: Domicilio:			



Republica Dominicana
SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CERTIFICADO DE DEFUNCION

2-144

I DATOS DEL FALLECIDO

II DATOS DE LA DEFUNCION

III DATOS DE LA CERTIFICACION

Nombre: Sacinta 1er. Apellido: Piqueroa 2do. Apellido: No. de Cuenta: 59905-1

SEXO: 1 ☐ Masculino 2 ☒ Femenino ESTADO CIVIL: 1 ☐ Soltero 3 ☒ Viudo 2 ☐ Casado 4 ☐ Otro NACIONALIDAD: Dominicana

ULTIMA OCUPACION: Q-D SITUACION OCUPACIONAL: 1 ☐ Patron 2 ☐ Empleado 3 ☐ Obrero 4 ☒ Otro AÑO: 1995

EDAD CUMPLIDA: Horas: Dias: Meses: Años: 93 NOMBRES Y APELLIDOS: Madre: Padre: Conyugue: Tomas Cordero (Fallecido)

DOMICILIO HABITUAL DEL FALLECIDO: Provincia: Dist. Nal. Municipio: Sección: El Mangar Zona: 1 ☐ Urbana 2 ☒ Rural Calle: Carretera de Arroyo Hondo

FECHA DE LA MUERTE: Hora: 8:30 AM Dia: 19/12/95 Mes: Diciembre Año: 1995

LUGAR DE DEFUNCION: Provincia: Dist. Nal. Municipio: San Pedro de Macoris Sección: No. (DONDE MURIO): 1 ☒ Hospital o Clínica 2 ☐ Casa 3 ☐ Otro

NOMBRE HOSPITAL: H. S. de Macoris MUERTE: 1 ☐ Accidente de Trabajo 3 ☐ Homicidio 5 ☐ Otro 2 ☐ Accidente de Tránsito 4 ☐ Suicidio

CAUSA DE DEFUNCION: I ENFERMEDAD O CONDICION PATOLOGICA QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE: (A) Anuria Crónica Debida a (o como consecuencia de) II CAUSAS ANTECEDENTES O CONDICIONES MORBIDAS QUE PRODUJERON LA CAUSA ARRIBA CONSIGNADA, MENCIONANDOSE EN ULTIMO LUGAR LA CAUSA BASICA O FUNDAMENTAL: (B) Diabetes Mellitus Debida a (o como consecuencia de) (C) Cardiopatía Isquémica e Hipertensión III OTRAS CONDICIONES PATOLOGICAS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD O CONDICION MORBOSA QUE LA PRODUJO: * EXPLIQUE DETALLADAMENTE CUANDO OCURRA MUERTE VIOLENTA. ** NO QUIERE DECIRSE CON ESTO LA MANERA O MODO DE MORIR, P.E. DOLOR, SINCOPE, ASTENIA, ETC. SIGNIFICA PROPIAMENTE LA ENFERMEDAD, LESION O COMPLICACION QUE CAUSO SU FALLECIMIENTO.

RECIBIO ATENCION MEDICA EN SU ULTIMA ENFERMEDAD: 1 ☒ Si 2 ☐ No CERTIFICADO HECHO POR: 1 ☐ Médico Usante 2 ☒ Médico no Tratante 4 ☐ Otro 3 ☐ Alcalde o Segundo

SI NO FUE EXPEDIDO POR EL MEDICO TRATANTE, ¿COMO SE DETERMINO LA CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE? 1 ☐ Autopsia 2 ☒ Reconocimiento del Cadáver 3 ☐ Interrogatorio a Familiares o Testigos

POR MEDICO: NOMBRES Y APELLIDOS: Pedro Aguirre M. Cédula: 3606 Serie: 69 Domicilio: H.S.B.T. - IDSS Firma: P. Aguirre

POR TESTIGOS: NOMBRES Y APELLIDOS: Cédula: Serie: Domicilio: Firma:

