



Licencia Medica

N°3 Folio: 10108564-3

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		69150800-5	15090	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	22-04-22 15:44	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA	GONZÁLEZ	MOISÉS ENOT	9148533-8	58	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

22

04

22

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

23

04

22

Día

Mes

Año

N DE DIAS

3

N DE DIAS EN PALABRAS

TRES

A.3 TIPO DE LICENCIA

1

1=Enfermedad o Accidente Comun
2=Prorroga Medicina Preventiva
3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
6=Enfermedad Profesional
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

1=Si
2=No

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2

1=Si
2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO

1=Si
2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

1

A=Manana
B=Tarde
C=Noche

LUGAR DE REPOSO

1

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

MERYLAND 28 TALCAHUANO

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

994817398

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

BARRIGA	GONZÁLEZ	DIEGO ALEJANDRO	19425763-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-

1

1=Medico
2=Dentista
3=Matrona

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

BARRIGAGONZALEZDIEGO@GMAIL.COM

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

BRASIL 360, SAN VICENTE
Talcahuano
chile

0

FAX

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LICENCIASSARSV@GMAIL.COM

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR