



Licencia Medica

N°3 Folio: 10187309-9

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 |                        | 17347913-1        | 118987              |                  |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO    | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR       | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA     | 29-04-22 16:29  | 10100              | 65082446-6          |                        |                   |                     |                  |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                |            |      |      |
|------------------|------------------|----------------|------------|------|------|
| HIDALGO          | ESTRADA          | KARINA BEATRIZ | 18308994-3 | 36   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES        | RUN        | EDAD | SEXO |

FECHA EMISION LICENCIA

29

04

22

Día

Mes

Ano

FECHA INICIO DE REPOSO

30

04

22

Día

Mes

Ano

N DE DIAS

5

N DE DIAS EN PALABRAS

CINCO

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

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

TIRO AL BLANCO 285 LOTA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

0

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |         |            |
|------------------|------------------|---------|------------|
| ANANIAS          | FELLAY           | NICOLAS | 17347913-1 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN        |

|                  |                  |                                     |                    |                          |
|------------------|------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| MEDICINA GENERAL | 1                | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | 391273             | NICOLASANANIAS@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD     | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL        | CORREO ELECTRONICO |                          |

|                                                  |           |     |
|--------------------------------------------------|-----------|-----|
| CAUPOLICAN 370<br># San Pedro de la Paz<br>chile | 412875498 |     |
| 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 | KHIDALGO@LAPROVIDENCIACONCEPCION.CL |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO  | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   | EMAIL TRABAJADOR                    |