

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 10758090-5

OPERADOR: 4

SECCION 0:

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 cambiario de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD			RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	96856780-2 : CONSALUD ( ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD )			76098454-K	253867
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	13-06-22 09:37	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DELOIS	PINCHEIRA	LESLIE FERNANDA	17613839-4	31	F
--------	-----------	-----------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

FECHA EMISION LICENCIA  
13 06 22  
Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO  
13 06 22  
Dia Mes Año

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 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo		
RECUPERABILIDAD LABORAL	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 LAS DALIAS 5046 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 981384903			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ERAZO	COPETE	JUAN DAVID	24877477-0
-------	--------	------------	------------

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

SIN ESPECIALIDAD	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	544771	JUAN.ERAZO@HOTMAIL.COM
------------------	---	-------------------------------------	--------	------------------------

ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # Talcahuano chile	412205807	
--	-----------	--

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
--------------------------	--------------------------

DIAGNOSTICO PRINCIPAL OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
--------------------------

ANTECEDENTES CLINICOS

--

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	DELOISLES@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR