



Licencia Medica

N°3 Folio: 10871118-3

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	96501450-0 : CRUZ BLANCA		61607000-2	22785	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	20-06-22 16:41	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HEBLES	RODRIGUEZ	DOMINIQUE ALEJANDRA	18404574-5	29	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
<input type="text" value="20"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="22"/> Día Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
<input type="text" value="21"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="22"/> Día Mes Año

N DE DIAS
4

N DE DIAS EN PALABRAS
CUATRO

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input type="text" value="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	<input type="text" value="1"/>	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="text" value="2"/>	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	<input type="text"/>	1=Si 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCION					

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="text" value="1"/>	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="text"/>	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO		<input type="text" value="1"/>	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)				
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA RAMON CARRASCO 231 60 CONCEPCION				
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 964686014				

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

GATICA	BRAVO	FERNANDA PILAR	18808877-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	<input type="text" value="1"/>	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	FERNANDAGATICABRAVO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

BALMACEDA N° 431 # Bulnes chile	0	
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	FERNANDAGATICABRAVO@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR