

## Licencia Medica

Nº3 Folio: 11747824-6

OPERADOR: 4

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.

### SECCION 0:

#### MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	8778101-1	308709
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION

1- OTORGADA 23-08-22 23:04 10100 65082446-6

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PRADENAS	OPAZO	MARCELA ALEJANDRA	9735655-6	53	F
APPELLIDO PATERNOD	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA  
23 08 22  
Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO  
22 08 22  
Dia Mes Año

N DE DIAS  
21

N DE DIAS EN PALABRAS  
VEINTIUNO

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Enfermedad Prof y Post Natal 4=Enfermedad General o Menos de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo
RECOUPERABILIDAD 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 C=Total C=Noche			
LUGAR DE REPOSO	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio					
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)						
DIRECCION: CALLE, N, DEPTO, COMUNA PASAJE ASTURIAS 1656 CONCEPCION						
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 82282373						

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

COVARRUBIAS	CARCELES	PATRICIO ANDRES	8778101-1
APPELLIDO PATERNOD	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

CIRUGIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		PATRICIO@DRCOVARRUBIAS.CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRONICO

Antonio Bello 143 #605 3° Piso Providencia chile	954158982	
DIRECCION		TELEFONO

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	MPRADENASO2@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR