



## Licencia Medica

Nº3 Folio: 12023629-6

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

### SECCION 0:

#### MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61602295-4	75709
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION MOTIVO NO RECEPCION TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	14-09-22 11:19	10100	65082446-6		

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

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DELGADO	OGAZ	CRISTIAN EDMUNDO	17215983-4	33	M
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS	
14 09 22 Dia Mes Ano		16 05 22 Dia Mes Ano		30	
				TREINTA	

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Enfermedad Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Gineco Obstetrica 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	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=Dia C=Nocche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
Justificar si es otro (3)			
DIRECCION: CALLE:N;DEPTO:COMUNA MAIPU 1430 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 991701034			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NILO	SOTO	FELIPE ANDRES	14329826-4
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	18317	SALUD@SSCONCEPCION.CL

ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

SAN MARTIN 1580 # 1 Concepcion chile	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	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR