

Licencia Medica

Nº3 Folio: 12169254-6

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	61603000-0 : FONASA	76098454-K	253902		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	27-09-22 17:07	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA	GONZÁLEZ	LIDIA PILAR	11556409-9	51	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
27	09	22

Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
28	09	22

Dia Mes Año

N DE DIAS		
3		

N DE DIAS EN PALABRAS		
TRES		

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=Patologia del Embarazo			
RECOVERABILIDAD 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 PJE 12 - VILLA FLORESTA 2 6152 HUALPÉN			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 936399016			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MARTINEZ		RUDDY CASTRO	25537655-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SIN ESPECIALIDAD	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	456171	RUDDYCM9@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AV. LOS CARRERA 301, MALLPLAZA MIRADOR # Concepcion 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	LIDESPINOZAG@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR