



Licencia Medica

Nº3 Folio: 12639932-4

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 cambiarlo 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	77491108-1	326758		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	03-11-22 09:43	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SILVA	CONTRERAS	DANIELA CATALINA	19110449-8	26	F
APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
<input type="text" value="03"/> <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="22"/> Dia Mes Año	<input type="text" value="03"/> <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="22"/> Dia Mes Año	15	QUINCE

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=Si 2=No	
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO		<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCION						

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO		1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;DEPTO;COMUNA PORTALES 336 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 956619876			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ORTEGA	SANCHEZ	LUIS JOSE	48220920-3
APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	<input type="checkbox"/> 1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	738939	LUIS.ORTEGASA@GMAIL.COM
---	---	--------	-------------------------

SANTA MAGDALENA 10 OFI. 26 # Providencia chile	0	
---	---	--

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR