



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 12648560-3

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	25546054-4	352256		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TÍPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	03-11-22 13:45	10100	65082446-6				

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

JARA	VARELA	FIDEILA CARMEN	11149402-9	55	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN 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="04"/> <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="22"/> Dia Mes Año	11	ONCE

### A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1=Enfermedad o Accidente Común  
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

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

POLVORIN 185 TOMÉ

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

0

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

TORRES	MARTINEZ	MERVIN JAVIER	25546054-4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	<input type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		MERVIN.TORRESMARTINEZ87@GMAIL.COM
---	----------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------

Sotomayor 905 # Tomé chile	<input type="checkbox"/> 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	DFIEROGAJ@GMAIL.COM				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------

CÓDIGO DIGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIGNÓSTICO OTRO

DIGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR