



Licencia Medica

Nº3 Folio: 12680103-3

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	69150502-2	15647		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	05-11-22 11:32	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

JARA	VARELA	MARCELA ROXANA	11789481-9	51	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
05 Dia 11 Mes 22 Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
07 Dia 11 Mes 22 Ano

N DE DIAS
12

N DE DIAS EN PALABRAS
DOCE

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			
RECUPERABILIDAD 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 ALGARROBO 200, LOMAS DE PEUMO 200 PENCO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 944330265			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LLANOS	REYES	GLADYS MYRIAM	6847755-7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA GENERAL	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	13543	GMYRIAMLLANOS@YAHOO.ES
------------------	---	-------------------------------------	-------	------------------------

O'HIGGINS 654 # Penco chile	0412726260	
--------------------------------------	------------	--

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