



# Licencia Medica

N°3 Folio: 10115538-2

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.

OPERADOR: 4

## SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	96572800-7 : BANMEDICA		76098454-K	253867	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	24-04-22 11:09	10100	65082446-6				

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

QUIROZ	NAVARRO	DANNAY FRANCESCA	17686380-3	31	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
<input type="text" value="24"/> <input type="text" value="04"/> <input type="text" value="22"/> Día Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
<input type="text" value="25"/> <input type="text" value="04"/> <input type="text" value="22"/> Día Mes Año

N DE DIAS
12

N DE DIAS EN PALABRAS
DOCE

### A.3 TIPO DE LICENCIA

<input type="text" value="1"/>	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo				
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input type="text" value="1"/>	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="text" value="2"/>	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	<input type="text"/>	1=Si 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCION					

### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="text" value="1"/>	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="text"/>	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO		<input type="text" value="1"/>	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)				
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA <b>CALLE QUIRIHUE 1226 HUALPÉN</b>				
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <b>76047117</b>				

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MAISONNAVE	GARMENDIA	AURINDA MARIA	21926785-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	<input type="text" value="1"/>	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	AURINDAMAISONNAVE@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # Talcahuano Chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

### A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO
-------------------------------

### A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	DANNAY.QUIROZ@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR