



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 13219457-2

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	18410285-4	287633
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	19-12-22 08:41	10100	65082446-6		

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SEPÚLVEDA	MARDONES	CAMILA FERNANDA	18813009-7	28	F
-----------	----------	-----------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO                    APELLIDO MATERNO                    NOMBRES                    RUN                    EDAD                    SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
19	12	22
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
19	12	22
Dia	Mes	Año

N DE DIAS		
15		

N DE DIAS EN PALABRAS		
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 2	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2 1	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO	1 2	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 DOVER 3171 HUALPÉN			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 976466180			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ARELLANO	BUTIKOFER	CARLOS FELIPE	18410285-4
----------	-----------	---------------	------------

APELLIDO PATERNO                    APELLIDO MATERNO                    NOMBRES                    RUN

-	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		ARELLANOBUTIKOFER@GMAIL.COM
---	---	-------------------------------------	--	-----------------------------

ESPECIALIDAD                    TIPO PROFESIONAL                    REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL                    CORREO ELECTRONICO

canto del valle 1777 # Concepción 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	ARELLANOBUTIKOFER@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL                    CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO                    CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO                    DIAGNÓSTICO SECUNDARIO                    EMAIL TRABAJADOR