

Licencia Medica

Nº3 Folio: 14456315-8

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 cambiarlo 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	76098454-K	253902
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	21-04-23 18:48	10100	65082446-6		
TIPO LIQUIDACION	MOTIVO NO RECEPCION				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESCARES	VALDERRAMA	ELIBETH SUSANA	15616456-9	38	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
21 04 23 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
24 04 23 Dia Mes Año

N DE DIAS
3

N DE DIAS EN PALABRAS
TRES

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 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

RECOVERABILIDAD 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 O HIGGINS PONIENTE CONDOMIO ANA LUISA CASA 2512 CHIGUAYANTE			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 974856042			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MUÑOZ	VILLA	CRISTIAN RODRIGO	13307246-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		DR.CMUNOZVILLA@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

AV. LOS CARRERA 301, MALLPLAZA MIRADOR # Concepcion chile	0	
--	---	--

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	ELIBETH.ESC@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR