



Licencia Medica

Nº3 Folio: 14587509-9

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 cambiardo 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	96501450-0 : CRUZ BLANCA	14375039-6	197018
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1-OTORGADA	04-05-23 17:22	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BENAVIDES	SEPULVEDA	SANDRA	13391871-K	44	F
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
04 05 23 Dia Mes Ano	04 05 23 Dia Mes Ano	30	TREINTA		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Corriente Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre-Parto 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	3	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (2)			
TRATAMIENTO ABULATORIO			
DIRECCION: CALLE:N:DEPTO:COMUNA LAS LENGAS 405 SAN PEDRO DE LA PAZ			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 999183011			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FLORIO	BASALETTI	CARLA GIOVANNA	14375039-6	
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
PSIQUEUTICA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	209	CARLAFLORIO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	
Avda libertador bernardo Ohiggins 1448 # Concepcion chile		412290184		
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	CARLAFLORIO@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR