



## Licencia Medica

Nº3 Folio: 14620661-1

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	253867		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1-OTORGADA	08-05-23 17:24	10100	65082446-6				

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DÍAZ	ROMERO	DANIELA BEATRIZ	16190394-9	37	F
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
08 05 23 Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
09 05 23 Dia Mes Ano

N DE DIAS
3

N DE DIAS EN PALABRAS
TRES

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1=Enfermedad o Accidente Comun  
2=Corriente Medicina Preventiva  
3=Licencia Maternal Pre-Parto-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=Si      2=No      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ      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=Reposo Laboral Total      2=Reposo Laboral Parcial      SOLO PARA REPOSO PARCIAL      A=Manana  
B=Tarde      C=Noche

LUGAR DE REPOSO      1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE:N DEPARTO:COMUNA

LOS NARANJOS 3798 TALCAHUANO

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

994674172

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTRO	BARRIGA	GONZALO GUSTAVO	16152203-1
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1=Medico 2=Dentista 3=Motrona		GABRIEL.UNDURRAGA@GMAIL.COM
---	-------------------------------------	--	-----------------------------

ESPECIALIDAD      TIPO PROFESIONAL      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRONICO

AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TREBOL # Talcahuano chile	0	
--	---	--

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

#### A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

#### A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR	