



## Licencia Medica

Nº Folio: 14620661-1

### 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.

OPERADOR: 4

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
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
08	05	23
Día	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
09	05	23
Día	Mes	Año

N DE DÍAS
3

N DE DÍAS EN PALABRAS
TRES

#### 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 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 CARACTERÍSTICAS 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)			
DIRECCIÓN: CALLE-N:DEPTO:COMUNA LOS NARANJOS 3798 TALCAHUANO			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 994874172			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE  
FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

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

-	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	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
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
--------------------------

ANTECEDENTES CLINICOS

--

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

#### A.C COMPLEMENTO

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