



Licencia Medica

Nº3 Folio: 14685489-3

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 | 15-05-23 08:48 | 10100 | 65082446-6 | | | | |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|------------------|------------------|-------------------|------------|------|------|
| PINILLA | JARA | CELESTE ELIZABETH | 16228252-2 | 37 | F |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |

| | | | | | | |
|--|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| FECHA EMISION LICENCIA | | | | | | |
| <table><tr><td>15</td><td>05</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Ano</td></tr></table> | 15 | 05 | 23 | Dia | Mes | Ano |
| 15 | 05 | 23 | | | | |
| Dia | Mes | Ano | | | | |

| | | | | | | |
|--|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| FECHA INICIO DE REPOSO | | | | | | |
| <table><tr><td>15</td><td>05</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Ano</td></tr></table> | 15 | 05 | 23 | Dia | Mes | Ano |
| 15 | 05 | 23 | | | | |
| Dia | Mes | Ano | | | | |

| |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 3 |

| |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| TRES |

A.3 TIPO DE LICENCIA

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo | | |
| RECUPERABILIDAD LABORAL | <input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Si 2=No | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No |
| FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | TRAYECTO | <input checked="" type="checkbox"/> 1=Si 2=No | |
| FECHA DE LA CONCEPCION | | | |

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial | SOLO PARA REPOSO PARCIAL | <input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche |
| LUGAR DE REPOSO | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio | |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | | | |
| DIRECCION: CALLE-N:DEPTO-COMUNA GUINDO 4747 TALCAHUANO | | | |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 932496790 | | | |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------|
| VERONICA | CONTRERAS | INGRID VALENTINA | 16010849-5 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |

| | | | | |
|------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| SIN ESPECIALIDAD | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | 286174 | VALE_7585@HOTMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO | |

| | | |
|---|-----------|-----|
| AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TREBOL # Talcahuano chile | 412205807 | |
| 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 | LEONARDOJLMM47@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |