



Licencia Medica

N°3 Folio: 14850713-9

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 cambiario 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	96522500-5 : MASVIDA S.A.	76098454-K	253902
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	29-05-23 11:02	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GONZALEZ	SEPULVEDA	JUAN PABLO	17758321-9	32	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REQUISICIÓN

2 DE 240

N DE DÍAS EN LA AEROLÍNEA

DOS

THE IN-SESSION

<input style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;" 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 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo	
<hr/>		
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> 1 1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ
<hr/>		
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	<input style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> 1=Si 2=No
<hr/>		
FECHA DE LA CONCEPCION		

ANSWERING YOUR QUESTIONS

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	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 ONGOLMO 1131 CONCEPCIÓN			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 66337445			

CARRERA

CARRERA	VARGAS	ANA ISABEL	27065379-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	<input type="checkbox"/> 1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		ANACARRERAV@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AV. LOS CARRERA 301, MALLPLAZA MIRADOR # Concepción 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	JUANGONZALEZ.JPG@GMAIL.COM

A.C COMPLEMENTO

CÓDIGO BIM QUÍMICO PRINCIPAL: CÓDIGO BIM QUÍMICO SECUNDARIO: CÓDIGO BIM QUÍMICO OTRO: **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** **JUANGONZALEZ.JPG@GMAIL.COM**