



Licencia Medica

Nº3 Folio: 15046876-0

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 |
| 1- OTORGADA | 14-06-23 09:15 | 10100 | 65082446-6 | | |
| TIPO DE LICENCIA | | TIPO DE LICENCIA | | TIPO DE LICENCIA | |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|------------------|------------------|-------------------|-----------|------|------|
| RODRÍGUEZ | VERGARA | CLAUDIA ELIZABETH | 9718198-5 | 45 | F |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |

| |
|-------------------------|
| FECHA EMISION LICENCIA |
| 14 06 23 Dia Mes Ano |

| |
|-------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO |
| 15 06 23 Dia Mes Ano |

| |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 11 |

| |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| ONCE |

A.3 TIPO DE LICENCIA

| | | | |
|--|--------------|-----------------------------|--------------|
| 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=Patologia del Embarazo | | | |
| RECUPERABILIDAD LABORAL | 1=Si 2=No | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | 2=Si 1=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 | 1 | 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio | |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | | | |
| DIRECCION: CALLE:N;DEPTO;COMUNA | AVENIDA RECONQUISTA 4078 HUALPÉN | | |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) | 91322620 | | |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|------------------|------------------|--------------------|------------|
| MILAGRO | NUÑEZ | JACQUELINE PAULINA | 15518278-4 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |

| | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--------|------------------------|
| - | 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | 199255 | JACQUENUNEZC@GMAIL.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

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL |
|--------------------------|--------------------------|

DIAGNOSTICO PRINCIPAL OTROS DIAGNOSTICOS

| |
|--------------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL |
|--------------------------|

ANTECEDENTES CLINICOS

| |
|-------------------------------|
| EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO |
|-------------------------------|

A.C COMPLEMENTO

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| INFORMACION | INFORMACION | INFORMACION | INFORMACION |
|-------------|-------------|-------------|-------------|