



Licencia Medica

Nº3 Folio: 15382265-4

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	20-07-23 09:16	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CHÁVEZ	ZAMORANO	CAROLINA ANDREA	19811311-5	25	F
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS												
<table border="1"><tr><td>20</td><td>07</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>	20	07	23	Dia	Mes	Año	<table border="1"><tr><td>20</td><td>07</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>	20	07	23	Dia	Mes	Año	30	TREINTA
20	07	23													
Dia	Mes	Año													
20	07	23													
Dia	Mes	Año													

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	2 1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCION			
FIRMO ELECTRONICAMENTE			
FIRMA DEL TRABAJADOR			

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 DEPARTO:COMUNA JAIME REPULLO 2803 DPTO 303 A 2803 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0			

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MARTEL	VERA	FREDDY MANUEL	13618869-0
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	17513	FREDDYMARTEL@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 CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	CAROLINA ANDREA CHAVEZ@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR	