

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 15503820-9

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 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	01-08-23 18:26	10100	65082446-6		

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DÍAZ	ROMERO	DANIELA BEATRIZ	16190394-9	38	F
------	--------	-----------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN      EDAD      SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
01	08	23

Dia    Mes    Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
01	08	23

Dia    Mes    Año

N DE DIAS		
3		

N DE DIAS 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=Patologia del Embarazo

RECOVERABILIDAD LABORAL      1=Si      2=No      INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ      1=Si      2=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 LOS NARANJOS 3798 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

GONZALEZ	CARTES	FRANCO MAURICIO	18222141-4
----------	--------	-----------------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

-	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	597893	FRANCOGONZALEZ@UDEC.CL
---	--	--------	------------------------

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # 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	DANIELADIAZ1985@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL      CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO      CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO      DIAGNÓSTICO SECUNDARIO      EMAIL TRABAJADOR