



# Licencia Medica

N°3 Folio: 15593662-2

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

## SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	18592545-5	347368		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	10-08-23 11:51	10100	65082446-6				

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MOLINA	FUENTES	IRMA ROSA	9594525-2	62	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="08"/> <input type="text" value="23"/> Día Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="08"/> <input type="text" value="23"/> Día Mes Año

N DE DIAS
2

N DE DIAS EN PALABRAS
DOS

### A.3 TIPO DE LICENCIA

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

### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1=Su Domicilio <input type="checkbox"/> 2=Hospital <input type="checkbox"/> 3=Otro Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA		
LOS TILOS, VILLA NONGUEN 36 CONCEPCION		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
0		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MADRID	MUZ	JOAQUIN IGNACIO	18592545-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1=Medico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	JMADRIDM93@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

San Martin 1350 # Concepcion chile	0	
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	IMOLINAF3@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR