



Licencia Medica

N°3 Folio: 15618431-4

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		69150102-7	15635	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	14-08-23 11:08	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ARTIAGA	SANTIBÁÑEZ	PAMELA ANDREA	15178889-0	40	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

14

08

23

Día

Mes

Ano

FECHA INICIO DE REPOSO

15

08

23

Día

Mes

Ano

N DE DIAS

42

N DE DIAS EN PALABRAS

CUARENTA Y DOS

A.3 TIPO DE LICENCIA

3

1=Enfermedad o Accidente Comun
2=Prorroga Medicina Preventiva
3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
6=Enfermedad Profesional
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

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

30

12

22

Día

Mes

Ano

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

EL ARRAYAN 15 TOMÉ

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

933776571

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ANDRADE	MATAMALA	TAMARA JACQUELINE	19677474-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	3	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	TAAMIJAM@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

NUEVA ALDEA N°2720 LOS BLOQUES TOME ALTO # Tomé 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	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR