



Licencia Medica

Nº3 Folio: 15762125-4

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 cambiario 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	61607202-1	10321
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	29-08-23 08:52	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALARCON	ORMEÑO	BÁRBARA IVÓN	16388416-K	36	F
---------	--------	--------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
29	08	23

FECHA INICIO DE REPOSO		
28	08	23

N DE DIAS		
7		

N DE DIAS EN PALABRAS		
SIETE		

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

GARRIDO	ALARCON	EMMA	27982061-4
---------	---------	------	------------

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

FECHA DE NACIMIENTO

11	11	22
----	----	----

A.3 TIPO DE LICENCIA

4	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=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio					
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)						
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA						
COQUIMBO 607 CHIGUAYANTE						
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 88127096						

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTILLO	OYARZO	ANA MARÍA	8233797-0
----------	--------	-----------	-----------

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

PEDIATRÍA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	69610	LITOANNY@HOTMAIL.COM
-----------	---	-------------------------------------	-------	----------------------

ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

ALTO HORNO 777 LAS HIGUERAS # 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	B.ALARCON.ORM@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

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