



Licencia Medica

Nº3 Folio: 16129252-4

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 cambiardo 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	61607104-1	75700		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1-OTORGADA	04-10-23 18:06	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MUÑOZ	MALDONADO	SEGUNDO ENRIQUE	8792696-6	59	M												
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO												
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS													
<table border="1"><tr><td>04</td><td>10</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>		04	10	23	Dia	Mes	Año	<table border="1"><tr><td>05</td><td>10</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>		05	10	23	Dia	Mes	Año	7	
04	10	23															
Dia	Mes	Año															
05	10	23															
Dia	Mes	Año															
				N DE DIAS EN PALABRAS													
				SIETE													

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Formacion Medica o Preventiva 3=Licencia Maternal o 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	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			
LIENTUR 1320 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	982167920		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

COVACEVICH	CORREA	GUSTAVO	16370718-7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		GUSTAVO.COVACE@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
MAIPU 2120 # Concepcion chile		982934112	
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	SINCORREO@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR