



Licencia Medica

Nº3 Folio: 16129252-4

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.

OPERADOR: 4

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 EMPLADOR | 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 EMBISION LICENCIA |
| 04 10 23 Dia Mes Año |

| |
|-------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO |
| 05 10 23 Dia Mes Año |

| |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 7 |

| |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| SIETE |

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 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 | | | |

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 # Concepción chile | 982934112 | |
| 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 | SINCORREO@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |