



Licencia Medica

Nº3 Folio: 16797892-4

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 | 16767630-8 | 254391 | | |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA | 11-12-23 19:31 | 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 |
| 11 12 23 Dia Mes Ano |

| |
|-----------------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO |
| 12 12 23 Dia Mes Ano |

| |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 20 |

| |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| VEINTE |

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 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 | 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 EL ARRAYAN 15 TOMÉ | | | |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 33776571 | | | |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|------------------|------------------|---------------|------------|
| CABEZAS | NAVES | SERGIO MANUEL | 16767630-8 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--|---------------------|
| PSIQUIATRIA | 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | | SCABEZASN@GMAIL.COM |
|-------------|---|-------------------------------------|--|---------------------|

| | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO |
| HERNAN CORTES 3019, DEPTO 53 # Nuñoa chile | | 999091211 | |

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 | MARCOANTONIOMMT1289@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |