



Licencia Medica

N°3 Folio: 17257446-7

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 |  | 13517403-3    | 270877           |  |

|                 |                |                    |               |                        |                   |                     |                  |
|-----------------|----------------|--------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO   | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA     | 02-02-24 22:15 | 10100              | 65082446-6    |                        |                   |                     |                  |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |             |            |      |      |
|------------------|------------------|-------------|------------|------|------|
| ESPINOZA         | GONZÁLEZ         | LIDIA PILAR | 11556409-9 | 53   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES     | RUN        | EDAD | SEXO |

|                         |                         |           |                       |
|-------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|
| FECHA EMISION LICENCIA  | FECHA INICIO DE REPOSO  | N DE DIAS | N DE DIAS EN PALABRAS |
| 02 02 24<br>Día Mes Año | 02 02 24<br>Día Mes Año | 30        | TREINTA               |

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

1

A=Manana  
B=Tarde  
C=Noche

LUGAR DE REPOSO

3

1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
AMBULATORIO

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

PASAJE 12 6152 HUALPÉN

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

36399016

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |              |            |
|------------------|------------------|--------------|------------|
| SAAVEDRA         | PONCE            | MARIA LORETO | 13517403-3 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES      | RUN        |

|              |                  |                                     |                    |                         |
|--------------|------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| PSIQUIATRÍA  | 1                | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | 6294               | LORESAAVEDRAP@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL        | CORREO ELECTRONICO |                         |

|   |          |     |
|---|----------|-----|
| EUGENIO BRITO 67<br>#<br>San Pedro de la Paz<br>chile | 2687000  |     |
| 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 | LIDESPINOZAG@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO  | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   | EMAIL TRABAJADOR       |