



Licencia Medica

Nº3 Folio: 17507382-5

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 cambiarlo 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 | 13517403-3 | 270877 |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION |
| 1- OTORGADA | | 04-03-24 12:23 | 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 | | |
|------------------------|----|----|
| 04 | 03 | 24 |

Dia Mes Año

| FECHA INICIO DE REPOSO | | |
|------------------------|----|----|
| 03 | 03 | 24 |

Dia Mes Año

| N DE DIAS | |
|-----------|--|
| 30 | |

| N DE DIAS EN PALABRAS | |
|-----------------------|--|
| 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 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo | | | |
| RECOVERABILIDAD 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 | 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 2=Dentista 3=Matrona | 6294 | LORESAAVEDRAP@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO | |

| | | |
|---|----------|-----|
| EUGENIO BRITO 67 # San Pedro de la Paz 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 | LIDESPINAZG@GMAIL.COM |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |