



Licencia Medica

N°3 Folio: 18158046-1

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	96501450-0 : CRUZ BLANCA			76098454-K	253867
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	11-05-24 11:16	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BENAVIDES	SEPULVEDA	SANDRA	13391871-K	45	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

11

05

24

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

11

05

24

Día

Mes

Año

N DE DIAS

4

N DE DIAS EN PALABRAS

CUATRO

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

1

1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

LAS LENGAS, A DE SAN PEDRO 405 SAN PEDRO DE LA PAZ

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

99183011

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RODRIGUEZ	GONZALEZ	ODELIN	14636207-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-

1

1=Medico  
2=Dentista  
3=Matrona

EMILIOALFREDO19@HOTMAIL.COM

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL  
# Talcahuano chile

0

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	SABENAVI4@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR