



## Licencia Medica

Nº3 Folio: 18501165-8

### 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		76568930-9	263697	

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	11-06-24 15:51	10100	65082446-6				

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PRADENAS	OPAZO	MARCELA ALEJANDRA	9735655-6	55	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
11 06 24 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
12 06 24 Dia Mes Año

N DE DIAS
21

N DE DIAS EN PALABRAS
VEINTIUNO

#### 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 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 PASAJE ASTURIAS 1656 CONCEPCIÓN			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0			

#### FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	TERAN	NELSON	10689934-7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRÍA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	6220	IGORPEREZTERAN@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

OHIGGINS 680 OFICINA 506 # Concepción 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	MPRADENASO2@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR