



Licencia Medica

Nº3 Folio: 18501165-8

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	TÍPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	76568930-9	263697		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO 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
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
<input type="text" value="11"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="24"/> Dia Mes Año	<input type="text" value="12"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="24"/> Dia Mes Año	21	VEINTIUNO		

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Enfermedad o Accidente Comun			
<input type="checkbox"/> 2=Forma Medicina Preventiva			
<input type="checkbox"/> 3=Enfermedad Maternal o Post Natal			
<input type="checkbox"/> 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año			
<input type="checkbox"/> 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto			
<input type="checkbox"/> 6=Enfermedad Profesional			
<input type="checkbox"/> 7=PATOLOGIA del Embarazo			
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCION			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total	<input type="checkbox"/> SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana
<input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> B=Tarde	<input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1=Su Domicilio	
	<input type="checkbox"/> 2=Hospital	
	<input type="checkbox"/> 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCION: CALLE:N;DEPTO;COMUNA		
PASAJE ASTURIAS 1656 CONCEPCION		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
0		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	TERAN	NELSON	10689934-7
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PSIQUETRIA	<input type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	6220	IGORPEREZTERAN@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
OHIGGINS 680 OFICINA 506 # Concepcion Chile		0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX	
Firmado Electronicamente			
FIRMA DEL PROFESIONAL			

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACION CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	MPRADENAS02@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR