

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 18677224-5

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	76568930-9	263697
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	02-07-24 19:17	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		
02	07	24

Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
03	07	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
RECOVERABILIDAD LABORAL	1=Si 2=No
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2=Si 1=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 VALLE ALTO 1656 CONCEPCION					
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

PSIQUIATRIA	1	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	MPRADENASO2@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO EMAIL TRABAJADOR