

Licencia Medica

Nº3 Folio: 18920552-K

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 cambiario 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	15928940-0	360153
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	30-07-24 17:50	10100	65082446-6		
TIPO LIQUIDACION	MOTIVO NO RECEPCION				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HERMOSILLA	HERMOSILLA	CAMILA ROMANET	17542054-1	33	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
30 07 24 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
31 07 24 Dia Mes Año

N DE DIAS
7

N DE DIAS EN PALABRAS
SIETE

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	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA CHIVILINGO 1219 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 98768342			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VILLALOBOS	VILLALOBOS	MAXIMILIANO	15928940-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA INTERNA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	90831	MAXIMILIANO.VILLALOBOS@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

Anibal Pinto 300 # Talcahuano 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	CAMHER.HERMOSILLA@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR