



Licencia Médica

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 19110443-9
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		76098454-K	253867	

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	20-08-24 15:01	10100	65082446-6				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

INOSTROZA	CARRASCO	MACARENA ALEJANDRA	20021970-8	25	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		
20 08 24 Día Mes Año	21 08 24 Día Mes Año	3	TRES		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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=Patología del Embarazo	RECUPERABILIDAD LABORAL 1 1=SI 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ 2 1=SI 2=No	FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO 1=SI 2=No	FECHA DE LA CONCEPCIÓN
--	-------------------------------------	---	---	--------------------	------------------------

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Mañana B=Tarde C=Noche	LUGAR DE REPOSO 1 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA PJE 20 CASA 1040 FLORESTA 2 0 HUALPÉN CHILE	TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 974927790
--	--------------------------	--------------------------------	--	---------------------------	---	---

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BUSTOS	BERMUDEZ	DIANA MARITZA	27050128-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	DIANAMAB25@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # TALCAHUANO CHILE	984238537		
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	MACARENAINOSTROZACARRASCO@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

