



# 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		
<input type="text" value="20"/> Dia	<input type="text" value="08"/> Mes	<input type="text" value="24"/> Año	<input type="text" value="3"/> TRES		

**A.3 TIPO DE LICENCIA**

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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	<input type="checkbox"/> 1 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 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 CONCEPCIÓN			

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Mañana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN: CALLE; N°; 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
-	<input type="checkbox"/> 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 inicio del reposo.  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

