

Licencia Medica

Nº3 Folio: 19165001-8

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 | TIPO FORMULARIO | EMPLEADOR ADSCRITO | CODIGO ENTIDAD | RUT PRESTADOR | CODIGO PRESTADOR |
|-----------------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------|
| 76135801-4 | 3 | SI | 61603000-0 : FONASA | 16012096-7 | 397860 |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION |
| 1- OTORGADA | 26-08-24 17:58 | 10100 | 65082446-6 | | |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|------|-------|-------------------|------------|----|---|
| VERA | REYES | FRANCISCA CECILIA | 16761913-4 | 36 | F |
|------|-------|-------------------|------------|----|---|

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

| |
|-------------------------------------|
| FECHA EMISION LICENCIA |
| 26 08 24 Dia Mes Año |

| |
|-------------------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO |
| 26 08 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 | 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 LOS PITAOS, LAS TERRAZAS 901 HUALQUI | | | |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 951399311 | | | |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|------|-------|---------------|------------|
| PINO | ZAROR | MARCO ALBERTO | 16012096-7 |
|------|-------|---------------|------------|

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

| | | | | |
|-----------|---|-------------------------------------|------|---------------------------|
| PEDIATRÍA | 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | 3497 | MARCO.PINOZAROR@GMAIL.COM |
|-----------|---|-------------------------------------|------|---------------------------|

| | | | |
|---|------------------|------------------------------|--------------------|
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO |
| SANTO TOMÁS BECKET 544, # Concepción chile | | 413383682 | |

DIRECCION TELEFONO FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
|--------------------------|--------------------------|

DIAGNOSTICO PRINCIPAL OTROS DIAGNOSTICOS

| |
|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
|--------------------------|

ANTECEDENTES CLINICOS

| |
|-------------------------------|
| EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO |
|-------------------------------|

A.C COMPLEMENTO

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | FRANVERAREYES@GMAIL.COM |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|

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