

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 19266648-1

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	76499427-2	213916
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA		05-09-24 14:45	10100	65082446-6	

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

RIFFO	MORA	PAULINA ANDREA	16514504-6	37	F
-------	------	----------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN      EDAD      SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
05	09	24
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
05	09	24
Dia	Mes	Año

N DE DIAS		
2		

N DE DIAS EN PALABRAS		
DOS		

### A.3 TIPO DE LICENCIA

- 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

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
1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
LUGAR DE REPOSO			
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA PASAJE 41 4145 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 968290471			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MONTANE	ANWANDTER	MARÍA IGNACIA	17089648-3
---------	-----------	---------------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

-	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	DRA.MONTANE@SALUTA.APP
---	---	-------------------------------------	------------------------

ESPECIALIDAD      TIPO PROFESIONAL      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRONICO

ESTORIL 120, OF 604 # Las Condes 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	PAULINARIFFOM@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

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