



Licencia Medica

Nº3 Folio: 19344432-6

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 cambiardo 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	94954000-6 : COLMENA	76369287-6	111141
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1-OTORGADA	16-09-24 09:47	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

IBANEZ	VALENZUELA	FRANCISCA MAGDALENA	18106709-8	32	F												
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO												
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS														
<table border="1"> <tr> <td>16</td> <td>09</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr></table>	16	09	24	Dia	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td>15</td> <td>09</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>	15	09	24	Dia	Mes	Año	30	TREINTA		
16	09	24															
Dia	Mes	Año															
15	09	24															
Dia	Mes	Año															

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1=Enfermedad o Accidente Comun
2=Forma Medicina Preventiva
3=Licencia Maternal o 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 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=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JURICAR SI ES OTRO (3)

AMBULATORIA

DIRECCION: CALLE:N:DEPTO:COMUNA

BONILLA NORTE 3267 CONCEPCION

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

954237288

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

MORALES	ETCHEBERRY	FRANCISCA	13725733-5
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUEUTRIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	17644	FMORALESE@YAHOO.CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

O'HIGGINS N° 680 OFICINA 506
Concepcion
Chile

TELEFONO

FAX

DIRECCION

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	FRANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR