



Licencia Medica

Nº3 Folio: 20414166-5

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 cambio de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		76098454-K	253855	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	16-01-25 17:21	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

RIVAS	ALVARADO	ROSSANA ALEJANDRA	17613105-5	34	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
16 01 25
Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
08 12 24
Dia Mes Ano

N DE DIAS
8

N DE DIAS EN PALABRAS
OCHO

A.2 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=Patología del Embarazo					
7					
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	08 05 24	Dia Mes Ano			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
1		
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCION: CALLE/N:DEPTO:COMUNA		
JAIME REPULLO 3620 TALCAHUANO		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
964896231		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

HOMM	JARA	NATALIA	17062997-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	NATALIAHOMM@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

BARCELONA 2116 # Providencia chile	0	
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	ROSSANA_RIVAS@LIVE.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR