



Licencia Medica

Nº3 Folio: 20414166-5

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 cambiario 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	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
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS	
16 01 25 Dia Mes Ano		08 12 24 Dia Mes Ano		8	
				N DE DIAS EN PALABRAS	
				OCHO	

A.3 TIPO DE LICENCIA

7	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 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	06 05 24 Dia Mes Ano			

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 JAIME REPULLO 3620 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 954896231			
FIRMADO ELECTRONICAMENTE			
FIRMA DEL TRABAJADOR			

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

HOMM	JARA	NATALIA	17062997-3
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO 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

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	INFORMACION CONFIDENCIAL	ROSSANA_RIVAS@LIVE.CL
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR	