



Licencia Medica

Nº3 Folio: 20501227-3

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.

OPERADOR: 4

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61607202-1	10321		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	29-01-25 07:20	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
29 01 25
Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
27 01 25
Dia Mes Ano

N DE DIAS
1

N DE DIAS EN PALABRAS
UNO

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 ano 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo				
3				
RECUPERABILIDAD 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	05 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=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
1		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCION: CALLE/N:DEPTO:COMUNA		
JAIME REPULLO 3620 TALCAHUANO		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
964896231		

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

REYES	RUBILAR	JULIO ORLANDO	7537217-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	14205-0	JREYESRUBILAR58@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

ALTO HORNO 777 LAS HIGUERAS # Talcahuano 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