



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 20704354-0

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 | 26983613-K             | 393284            |                     |                  |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO    | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR       | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA     | 24-02-25 17:41  | 10100              | 65082446-6          |                        |                   |                     |                  |

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                   |            |      |      |
|------------------|------------------|-------------------|------------|------|------|
| CASTILLO         | DIAZ             | FRANCISCA ANTONIA | 21386213-8 | 21   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES           | RUN        | EDAD | SEXO |

|                                   |
|-----------------------------------|
| FECHA EMISION LICENCIA            |
| 24    02    25<br>Dia   Mes   Ano |

|                                   |
|-----------------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO            |
| 24    02    25<br>Dia   Mes   Ano |

|           |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 15        |

|                       |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| QUINCE                |

### 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

|   |              |                             |              |
|---|--------------|-----------------------------|--------------|
| RECUPERABILIDAD LABORAL                           | 1=Si<br>2=No | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | 2=Si<br>2=No |
| FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | TRAYECTO     | 1=Si<br>2=No                |              |
| FECHA DE LA CONCEPCION                            |              |                             |              |

### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| 1  | 1=Reposo Laboral Total<br>2=Reposo Laboral Parcial | SOLO PARA REPOSO PARCIAL                         | A=Manana<br>B=Tarde<br>C=Noche |
| LUGAR DE REPOSO  | 1  | 1=Su Domicilio<br>2=Hospital<br>3=Otro Domicilio |                                |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  |  |  |                                |
| DIRECCION: CALLE:N;DEPTO:COMUNA<br>POBLACION MIRAFLORES 1 ENTRE RIOS 450 CURANILAHUE |  |  |                                |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)<br>966821637                                       |  |  |                                |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |                  |            |
|------------------|------------------|------------------|------------|
| AREVALO          | YUBURI           | ELIZABETH REBECA | 26983613-K |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES          | RUN        |

|                  |                                     |                              |                            |
|------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| SIN ESPECIALIDAD | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | 740113                       | ELIZABETH2002.EA@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD     | TIPO PROFESIONAL                    | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO         |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Calle Tres Norte 260 #34<br># San Pedro de la Paz<br>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 | FCASTILLODIAZ29@GMAIL.COM |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR