



Licencia Medica

Nº3 Folio: 21175729-9

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	96856780-2 : CONSALUD (ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD)			76098454-K	253867
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	21-04-25 10:35	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ABURTO	BURGOS	PAULINA VERONICA	16764979-3	37	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
21 04 25 Dia Mes Ano	21 04 25 Dia Mes Ano	3	TRES		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	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				
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					

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 LAGO LLANQUIHUE 351 TALCAHUANO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 995497334			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ERAZO	COPETE	DIANA MARCELA	24897721-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
SIN ESPECIALIDAD	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO DIANA.ERAZOC1@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	TELEFONO	FAX
AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # 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 CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	PAULINAABURTOBURGOS@GMAIL.COM EMAIL TRABAJADOR
--	---	---	--	---