



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 21483222-4

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	77860864-2	422102
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	24-05-25 13:30	10100	65082446-6		

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MOLINA	FUENTES	REGINA DEL CARMEN	9083906-3	65	F
--------	---------	-------------------	-----------	----	---

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN      EDAD      SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
24	05	25
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
25	05	25
Dia	Mes	Año

N DE DIAS		
30		

N DE DIAS EN PALABRAS		
TREINTA		

### 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=Patologia del Embarazo				
RECOVERABILIDAD LABORAL	1 2	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2 1	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO			TRAYECTO	1 2	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 LOS TILOS 36 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 979545453			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

BRELLENTHIN	SÁEZ	ALEXANDER KURT	18873114-7
-------------	------	----------------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

SIN ESPECIALIDAD	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		BRELLENTHINALEXANDER@GMAIL.COM
------------------	---	-------------------------------------	--	--------------------------------

Morandé 838 #oficina # Santiago chile	978219697	
--	-----------	--

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	CARMEENMOLINAFUENTES@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL      CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO      CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO      DIAGNÓSTICO SECUNDARIO      EMAIL TRABAJADOR