



Licencia Medica

Nº3 Folio: 21585017-K

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 cambiarlo 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	94954000-6 : COLMENA	76568930-9	263697
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	05-06-25 16:50	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

IBANEZ	VALENZUELA	FRANCISCA MAGDALENA	18106709-8	33	F
--------	------------	---------------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
05 06 25 Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
06 06 25 Dia Mes Ano

N DE DIAS
21

N DE DIAS EN PALABRAS
VEINTIUNO

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=Patología del Embarazo

RECOVERABILIDAD LABORAL

1

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 CALLE BONILLA NORTE COND. LAGO RANCO 3267 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 954237288			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	TERAN	NELSON	10689934-7
-------	-------	--------	------------

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

PSIQUIATRIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	6220	IGORPEREZTERAN@GMAIL.COM
-------------	---	-------------------------------------	------	--------------------------

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

OHIGGINS 680 OFICINA 506
Concepcion
chile

99999999

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	FRANCISCA.IBANEZ@LIVE.CL
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR