



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 21646504-0

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	76098454-K	253935
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	13-06-25 17:52	10100	65082446-6		

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ASTORGA	JIMÉNEZ	CAMILO ANDREA	20438183-6	25	F
---------	---------	---------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO                    APELLIDO MATERNO                    NOMBRES                    RUN                    EDAD                    SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
13    06    25 Dia   Mes   Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
14    06    25 Dia   Mes   Ano

N DE DIAS
2

N DE DIAS EN PALABRAS
DOS

### 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			
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 BARTOLOMEO DEL POZO 259 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 992035159			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NAVARRA	ULLOA	FRANCISCA PAZ	18924810-5
---------	-------	---------------	------------

APELLIDO PATERNO                    APELLIDO MATERNO                    NOMBRES                    RUN

SIN ESPECIALIDAD	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		FRANCISCA.NAVARRO.U@GMAIL.COM
------------------	---	-------------------------------------	--	-------------------------------

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AV. CAMILO HENRIQUEZ 3296, MALLPLAZA TOBALABA # Puente Alto 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	CAMILOASTORGA92@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

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