



## Licencia Medica

Nº3 Folio: 16111634-3

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 cambiardo 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	16525428-7	284205		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1-OTORGADA	03-10-23 15:32	10100	65082446-6				

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SILVA	CONTRERAS	DANIELA CATALINA	19110449-8	27	F												
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO												
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS													
<table border="1"><tr><td>03</td><td>10</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>		03	10	23	Dia	Mes	Año	<table border="1"><tr><td>04</td><td>10</td><td>23</td></tr><tr><td>Dia</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>		04	10	23	Dia	Mes	Año	21	
03	10	23															
Dia	Mes	Año															
04	10	23															
Dia	Mes	Año															
				N DE DIAS EN PALABRAS													
				VEINTIUNO													

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Formacion Medica o Preventiva 3=Enfermedad Maternal o 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	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 PORTALES 348 TALCAHUANO		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	956619876		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ROJAS	ASCENCIO	ANDRES	16525428-7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PSIQUETRIA	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	199253	PSQ.ANDRESROJASCENCIO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

BARROS ARANA 1668, OFICINA 604 # Concepcion Chile	412725796	
---	-----------	--

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	DANISILVA415@HOTMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR