Licencia Medica

N°3 Folio: 22044453-8

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	61603000-0 : FONASA	77951528-1	411570

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	12-08-25 13:14	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
VARELA	MEDINA	VALERIA DENISSE	16766863-1	37	F

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
12 Dia 08 Mes 25 Ano	11 Dia 08 Mes 25 Ano	30	TREINTA

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un ano y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	FECHA DE NACIMIENTO
MARTINEZ	VARELA	BAUTISTA	28650481-7	06 Dia 01 Mes 25 Ano

A.3 TIPO DE LICENCIA

4

1=Enfermedad o Accidente Comun
2=Prorroga Medicina Preventiva
3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
6=Enfermedad Profesional
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD 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 TRES NORTE 855 72 SAN PEDRO DE LA PAZ

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)
968951794

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
SILVA	FRITZ	CAROLL ELIZABETH	10668146-5

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
PEDIATRÍA	1 (1=Medico 2=Dentista 3=Matrona)	8275	CSILVAFRITZ@GMAIL.COM

DIRECCION	TELEFONO	FAX
Libertador General Bernardo O'Higgins 236 #1404 # Concepción chile	412723350	

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:

A.C COMPLEMENTO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	VALERIAUCSC@GMAIL.COM

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITE