



Licencia Medica

Nº3 Folio: 22110293-2

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	253867
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	21-08-25 18:57	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALVEAR	ORTEGA	MERCEDES	5642050-9	71	F
--------	--------	----------	-----------	----	---

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
21	08	25

FECHA INICIO DE REPOSO		
23	08	25

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					
1	1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2	1=Si 2=No		
RECUPERABILIDAD LABORAL		TRAYECTO		FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		
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 OVISPO FUENZALIDA 1100 CHIGUAYANTE			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 997159662			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

HERRERA	TRAPP	BORIS GUSTAVO	14164701-6
---------	-------	---------------	------------

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

-	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona		BGHERRERA@GMAIL.COM
---	---	-------------------------------------	--	---------------------

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # Talcahuano 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	MERCEDES.ALVEAR.ORTEGA@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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