

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 22403986-7

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	253902
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	06-10-25 12:22	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NÚÑEZ	ESPINOZA	DEBORA ABIGAIL	17617778-0	33	F
-------	----------	----------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN      EDAD      SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
06	10	25

FECHA INICIO DE REPOSO		
06	10	25

N DE DIAS	
11	

N DE DIAS EN PALABRAS	
ONCE	

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			
RECOVERABILIDAD 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 VICTOR HUGO HUERTA 2426 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 963066572			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CEDEÑO	MOREIRA	LUISA MARIA	14745085-0
--------	---------	-------------	------------

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

MEDICINA GENERAL	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	135035	LUIMACE@GMAIL.COM
------------------	---	-------------------------------------	--------	-------------------

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AV. LOS CARRERA 301, MALLPLAZA MIRADOR # Concepcion chile		412205807	

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	DEBONUNEZE1718@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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