

Licencia Medica

Nº3 Folio: 22478641-7

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 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	76098454-K	253902
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	15-10-25 15:36	10100	65082446-6		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CÁCERES	TAPIA	NATALIA ANDREA	17259087-K	36	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
15	10	25

Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
15	10	25

Dia Mes Año

N DE DIAS		
1		

N DE DIAS EN PALABRAS		
UNO		

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 ROZAS 25 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 933655162			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RIBA	STEMPEL	ANA MARIA	13104807-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA FAMILIAR	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	RIBASTEMPEL@YAHOO.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

AV. LOS CARRERA 301, MALLPLAZA MIRADOR # Concepcion chile	0	
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	PERIODISTA.NATALIACACERES@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

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