



Licencia Medica

N°3 Folio: 22494670-8

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.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		76692910-9	116540	

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	17-10-25 16:13	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ABURTO	BURGOS	PAULINA VERÓNICA	16764979-3	38	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
17 10 25 Día Mes Año	20 10 25 Día Mes Año	30	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 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

3

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

AMBULATORIO

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

LAGO LLANQUIHUE, TORRE 1 351 TALCAHUANO

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

995447334

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RUB	GONZALEZ	PATRICIA SOLEDAD	12993767-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRÍA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	22891-5	PSRUBIG@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

OHIGGINS 680 OFICINA 506 # Concepción chile	412222323	
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	PAULINAABURTOBURGOS@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR