



Licencia Medica

Nº3 Folio: 22726150-1

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	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	19-11-25 17:25	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALVEAR	ORTEGA	MERCEDES	5642050-9	72	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
19	11	25

Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
21	11	25

Dia Mes Año

N DE DIAS		
30		

N DE DIAS EN PALABRAS		
TREINTA		

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 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

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=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE:N;DEPTO:COMUNA			
OBISPO FUENZALIDA 1100 CONCEPCION			
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

INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL

INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

PD94BWGDMVYC2LVBJ0IMS4WIIBLBMVNZGLUZZ0IDXRLTGIID8+PGZPBGU+PGNPCGHLCJ5OMLPHSLJCC1BKWXJ6ZKLDWGNEQXG0VDF4NGHSV0M3CUTSOTUXMFPsyvjez1C1Q

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	MERCEDES.ALVEAR.ORTEGA@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

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