



Licencia Medica

N°3 Folio: 23303112-7

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                 | 96501450-0 : CRUZ BLANCA |                        | 76568930-9        | 465597              |                  |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO    | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR            | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA     | 02-03-26 13:24  | 10100              | 65082446-6               |                        |                   |                     |                  |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |                  |            |      |      |
|------------------|------------------|------------------|------------|------|------|
| BENAVENTE        | CARTAGENA        | DOMINIQUE ANDREA | 18412657-5 | 32   | F    |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES          | RUN        | EDAD | SEXO |

FECHA EMISION LICENCIA

02

03

26

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

02

03

26

Día

Mes

Año

N DE DIAS

21

N DE DIAS EN PALABRAS

VEINTIUNO

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

1

1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

LA MARINA 1245 TALCAHUANO

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

998880356

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |         |            |
|------------------|------------------|---------|------------|
| PEREZ            | TERAN            | NELSON  | 10689934-7 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN        |

|              |                  |                                     |                          |
|--------------|------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| PSIQUIATRÍA  | 1                | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | IGORPEREZTERAN@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL        | CORREO ELECTRONICO       |

|                                      |          |     |
|--------------------------------------|----------|-----|
| EXETER 576,<br># Concepción<br>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

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

|                              |                               |                          |                          |                          |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL     | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL      | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | DOMI.BENAVENTE@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO  | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   | EMAIL TRABAJADOR         |