

Licencia Médica

Nº 2 - 59075537

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

J 44 V E D H A L O J A S E R I C A D E L A S M E L		
APELLIDO PATERNODIA	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
23 08 22	23 05 22	
FECHA EMISION LICENCIA	DIA MES AÑO	
069	SESENTA Y NUEVE	Nº DE DIAS EN PALABRAS

5634054 - 8
RUN
150945 FECHA DE NACIMIENTO
76 EDAD
M ó F
F SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNODIA	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
---------------------	------------------	---------

FECHA DE NACIMIENTO
-

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN	2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA					
3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL	4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO					
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL					
7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO						
RECUPERABILIDAD LABORAL		1 = SI	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1 = SI	2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO				DIA	MES	AÑO
				TRAYECTO	1 = SI	2 = NO
HORA MINUTOS						
FECHA DE LA CONCEPCION				MES	AÑO	

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL	
A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	2 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCION DE REPOSO	
PEDRO DE VALDIVIA	
CALLE	
801	DPTO
Nº	
VILLA O POBLACION	CONCEPCION
COMUNA	
41	3838535
TELEFONO	CELULAR
UTIC@SANATORIOALEMAN.CL	
CORREO ELECTRONICO	

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/ O CELULAR INDICADO EN
ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

DEL CAMPO JAMA MAULAGAFLAN		
APELLIDO PATERNODIA	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
18410822 - 4		
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PEDRO DE VALDIVIA	
CALLE	
CONCEPCION	
COMUNA	

ME DICO URGENT. ESPECIALIDAD
F. del campo jama @gmail.com
CORREO ELECTRONICO
801
Nº
41 3838535
TELEFONO
FIRMA DEL PROFESIONAL
F. del campo jama

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

HEMATOUIA SUBDU LA BI LATELA

1= CONFIRMADO
2= EN ESTUDIO 1

OTROS DIAGNOSTICOS

HIPERTENSION ARTERIAL, HABITUS MELITUS, HIPOTROFIA MUS.

ANTECEDENTES CLINICOS

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (CT)

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

CAUSE DE MODIFICACION O RECHAZO

1= AUTORIZASE	CAUSA RECHAZO
2= RECHAZASE	1= REPOSO INJUSTIFICADO
3= AMPLIASE	2= DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE
4= REDUCESE	3= FUERA DE PLAZO
5= PENDIENTE DE RESOLUCION	4= INCUMPLIMIENTO REPOSO
REDICTAMEN	5= OTRO (ESPECIFICAR)

DOBLAR

RESOLUCION N°		
CODIGO ESTABLECIMIENTO		
TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA
DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO
AUTORIZADO POR	DIAS	DIAGNOSTICO
DIAS		CODIGO CIE-10
1= REPOSO LABORAL TOTAL		
2= REPOSO LABORAL PARCIAL		
SOLO PARA		
REPOSO PARCIAL		
A= MAÑANA		
B= TARDE		
C= NOCHE		

1= PRIMERA
2= CONTINUACION
A= Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y LEY 16.744.
B= Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56.
C= Sin derecho a subsidio.

FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES		
DIA	MES	AÑO

FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES		
DIA	MES	AÑO

REDICTAMEN		
DIA	MES	AÑO

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL COMPIN O ISAPRE

REGISTRO COLEGIO MEDICO

