



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 9676705-6

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	61601000-K	199663
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	17-03-22 15:56	10100	65082446-6		

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MOLINA	TRONCOZO	DANIELA MARGARITA	17396982-1	32	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
17	03	22
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
13	03	22
Dia	Mes	Año

N DE DIAS		
7		

N DE DIAS EN PALABRAS		
SIETE		

### 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=Patología 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
1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
LUGAR DE REPOSO			
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA INDEPENDENCIA VILLA NONGUEN. 1042 CONCEPCION			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 961384451			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FERNÁNDEZ	MONTECINOS	RODRIGO ANDRÉS	18815524-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	2	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	RODRIGO.FERNANDEZ.M@REDSALUD.GOB.CL
---	---	-------------------------------------	-------------------------------------

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

O\#  
Concepcion  
chile

0

FAX

DIRECCION

TELEFONO

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	DANIELITA-1@HOTMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR