



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002718718-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

T	O	R	R	E	S	C	O	R	T	E	S	L	U	Z	A	N	G	E	L	I	C	A	9	7	7	3	0	6	3	-	6
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES					RUN																
0	6	0	6	2	0	1	4	0	4	0	6	2	0	1	4	5	0	F													
FECHA OTORGAMIENTO					FECHA INICIO REPOSO					EDAD		SEXO																			
1	5	QUINCE																													
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																													

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES					RUN				
FECHA NACIMIENTO																			

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 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 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO												
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td><td colspan="2"></td> </tr> </table>										DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO														
HORA MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO														
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>										MES	AÑO				
MES	AÑO															

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	_____
DIRECCIÓN: CALLE,N°;DEPTO;COMUNA	Osorno #6273 María de los Angeles, La Florida
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-93368593

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

K	L	A	B	E	R	R	O	S	E	N	B	E	R	G	I	A	N	I	V	1	6	3	6	5	2	0	7	-	2
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES					RUN														
REG. COLEGIO PROFESIONAL					CORREO ELECTRÓNICO					ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA					1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA														
3548545/					VICUÑA MACKENA, San Joaquín					Especialidad					<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL														
TELÉFONO/FAX					DIRECCIÓN																								

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 periodo 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.