



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 002301502-1

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

U	L	L	O	A						L	E	P	E							L	I	L	I	A	N	M	A	C	A	R	1	2	5	1	9	8	7	1	-	6
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
1	0	0	2	2	0	1	4	0	8	0	2	2	0	1	4	4	1	F																						
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO										
1	4	C										A	T	O	R	C	E	FIRMA TRABAJADOR																						
N° DE DIAS										N° DE DIAS EN PALABRAS										Documento firmado electrónicamente																				

### 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA MES AÑO	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MES AÑO	

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA CLUB HIPICO 1240,	
Santiago	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S	T	O	R	M	E					V	A	L	L	E	J	O	S			O	S	C	A	R	A	N	T	O	N	I	6	3	7	0	0	7	7	-	0
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
9586-9										CORREO ELECTRÓNICO										ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										MANQUEHUE, Las Condes										Especialidad										Documento firmado electrónicamente									
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																			

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 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.