



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 001764911-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

D I A Z				E S P I N O S A				M A R I A A L E J A N				1 3 4 4 1 8 5 1				6
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
0 7 0 8 2 0 1 3				0 2 0 8 2 0 1 3				3 5		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
8 4		O C H E N T A Y C U A T R O														
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)

B R A V O				D I A Z				D O M I N G O				2 4 3 5 1 2 3 3				6
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
0 2 0 8 2 0 1 3																
FECHA NACIMIENTO																

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 3 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 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 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"/> DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <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 <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____			
DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO,COMUNA <u>Esqueval Fernandez 1181 casa</u>			
E. Niños _____			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-89929282</u>			

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L E A L				A Z Ú A				J E N I F E R				7 6 8 4 4 5 3				4
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA				<input checked="" type="checkbox"/> 3 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA				
2-7548800/ TELÉFONO/FAX				MARCOLETA, Santiago DIRECCIÓN				Documento firmado electrónicamente				FIRMA PROFESIONAL				

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 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.