



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 2467269-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

V	A	S	Q	U	E	Z				P	I	N	E	D	A					M	O	N	I	C	A	R	A	Q	U	E	9	7	7	3	4	1	0				0
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN														
0	2	0	4	2	0	1	4			0	2	0	4	2	0	1	4			5	0	F																			
FECHA OTORGAMIENTO									FECHA INICIO REPOSO									EDAD		SEXO																					
1	4								C	A	T	O	R	C	E																										
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

<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 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	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 <u>GENERAL BONILLA 5877 BLOCK F</u> DPTO 201, Lo Prado	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-99491734</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G	A	M	B	O	A					C	É	S	P	E	D	E	S			C	R	I	S	T	I	A	N	A	L	E	1	4	3	8	0	7	3	2			0
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN														
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO									ESPECIALIDAD									<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA														
<u>2-3543147/</u>									<u>RECOLETA, Recoleta</u>									<u>CIRUGÍA GENERAL</u>									Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL														
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN																																

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.