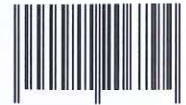




Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002220679-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Z	A	M	O	R	A	N	O			C	O	R	R	E	A					B	A	R	B	A	R	A	C	E	C	I	1	5	3	4	7	5	3	8	-	5
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
0	9	0	1	2	0	1	4	1	0	0	1	2	0	1	4	3	1	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
2	2	V E I N T I D O S																																						
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	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"/>	DIA	MES	AÑO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA	MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 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 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>apostol matias 2864, Puente</u>	
Alto _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-98302510</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A	D	V	I	S						M	A	N	Z	I						A	N	A	L	U	I	S	A			1	0	3	7	9	9	9	1	-	0
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										PSIQUIATRÍA										ESPECIALIDAD									
<u>2-4501800/</u>										<u>VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida</u>										<u>PSIQUIATRÍA</u>										<u>1</u>									
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL										Documento firmado electrónicamente									

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.