



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002844930-5

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GUTIERREZ	ARANDA	FABIOLA DEL	12087361	K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
02072014	01072014	40	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
30	TREINTA			
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>CALLE NIZA #1095 BARRIO</u>	
FRANCÉS-CIUDAD DEL SOL, Puente Alto	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): <u>09-65942918</u>	

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ZAMORA	HELO	TOMÁS ENRIQU	16143472	8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
02-3548545/	MARCOLETA, Santiago	ESPECIALIDAD	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	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 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.