



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002267237-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F L O R E S				T O L E D I O				E V E L Y N A N D R E				1 3 8 8 9 2 9 4				3
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
2 7 0 1 2 0 1 4				2 5 0 1 2 0 1 4				3 3		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
0 7		S I E T E														
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS														

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 189 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
FECHA NACIMIENTO															

A.3 TIPO LICENCIA

<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1</p>
<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI <input type="checkbox"/> 1 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>_____ / _____ / _____ DIA MES AÑO</p> <p>HORA MINUTOS</p> <p>TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCION</p> <p>_____ / _____ / _____ MES AÑO</p>

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>
<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO: COMUNA EJÉRCITO LIBERTADOR 4196 CASA 135, Puente Alto</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____</p>

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M O R O C H O				C H A N G O				T E O D O R O W I L L				1 4 6 6 8 1 7 3				5
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
232165								PSIQUIATRÍA								
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO				ESPECIALIDAD				1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA				
02-4219401/				21 de mayo # 980, Talagante				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 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.