



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002967282-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G U T I E R R E Z				A R A N D A				F A B I O L A D E L				1 2 0 8 7 3 6 1				K
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
2 9 0 7 2 0 1 4				3 1 0 7 2 0 1 4				4 0		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
3 0		T R E I N T A														
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS 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 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 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: [][][][]	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
HORA: [][] MINUTOS: [][]	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES: [][] AÑO: [][][][]	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 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 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 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

C A S T I L L O				R I V E R A				S E R G I O A N T O N				1 5 0 5 1 0 0 6				6
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				Traumatología y Ortopedia				Especialidad				
2-23548545/				VICUÑA MACKENA, San Joaquín								<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA				
TELÉFONO/FAX				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.