



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002842436-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F U E N T E S	O P A Z O	V A L E R I A A N D R	1 6 0 8 5 9 9 4 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 1 0 7 2 0 1 4	2 9 0 6 2 0 1 4	2 8 F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD SEXO	
8 4	O C H E N T A Y C U A T R O		
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)

C H A V E Z	F U E N T E S	J O S E F I N A P A Z	2 4 6 6 9 7 8 6 - 8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 9 0 6 2 0 1 4			
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

3

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA	MES	AÑO	

HORA MINUTOS 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

MES	AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA PJE LAS HORTENSIAS 8531,
BARRIO LA HACIENDA, Renca

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-87273911

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

N Ú Ñ E Z	V A S Q U E Z	F E L I P E I G N A C	1 4 1 2 0 0 2 4 - 0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
		GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
02-3543217/	RECOLETA, Recoleta		<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 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.

Procesado por la versión GRATUITA de STOIK

Escáner de documentos para móviles de www.stoik.mobi

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.

Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>

