



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

N° 2- 41191084

SECCIÓN A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **VEGA** APELLIDO MATERNO: **ETCOPIRU** NOMBRES: **MANA** RUN: **96051465**
 FECHA EMISION LICENCIA: **24/09/13** FECHA INICIO DE REPOSO: **23/09/13** EDAD: **40** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **05** N° DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: FECHA DE NACIMIENTO:

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 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 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO
 HORA: MINUTOS TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO 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) :

DIRECCION : CALLE N° DEPTO. COMUNA: **C. 04 - 15 - P. 15**
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **MANA** APELLIDO MATERNO: **COLOMBO** NOMBRES: **MARCELO** RUN: **12.814.159**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **AD 5 9762** CORREO ELECTRONICO: **vega@...**
 ESPECIALIDAD: **1 = MEDICO** 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: **010.00**
 OTROS DIAGNOSTICOS: **020.00, 030.00, 040.00**
 ANTECEDENTES CLINICOS:

SECCION B : (USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: **ISAPRE CRUZ BLANCA** RESOLUCION N°: **D-296644**
 ESTABLECIMIENTO: **CRUZ BLANCA** CODIGO ESTABLECIMIENTO: **AB**
 TIPO DE LICENCIA: **1** DESDE: **23/09/13** HASTA: **27/09/13** AUTORIZADO POR: **093** DIAGNOSTICO: **010.00** N° DIAS PREVIOS: **0**
 CAUSA RECHAZO: **1 = REPOSO INJUSTIFICADO**
 REDICTAMEN: **1 = REPOSO LABORAL TOTAL** 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
 A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 Y LEY 16.744.
 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56.
 C = Sin derecho a subsidio.

ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.
 PENDIENTE POR: **27/09/13**
RECIBIDO
 CENTRO ESPECIALIZADO

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE: **30 SET. 2013**
 REDICTAMEN:

AUTORIZADO POR
CONTRALORIA MEDICA
 ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.
 NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

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 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.