



## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

B	A	S	T	I	A	S				S	A	N	T	A	N	D	E	R		S	O	N	I	A		S	I	L	V	I		7	4	8	3	8	3	7	1		5
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN														
2	1	1	1	2	0	1	4			2	2	1	1	2	0	1	4			5	8									F											
FECHA OTORGAMIENTO									FECHA INICIO REPOSO									EDAD									SEXO														
1	2								D	O	C	E																													
N° DE DIAS									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 11.260)

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	DÍA 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
SOLO 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 PEUMO #701, Puente	
Alto _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____	

## A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESION

O	C	A	M	P	O					B	A	R	R	E	A					M	A	R	I	O	E	S	T	E	B	A		1	6	0	0	8	0	8	5		K
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN														
29694-5									MEDICINA GENERAL									<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																							
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO									ESPECIALIDAD																							
72-204100/									ERNESTO ALVEAR, Puente Alto									Documento firmado electrónicamente																							
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN									FIRMA PROFESIONAL																							

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

**Vidaintegra te facilita la vida.**  
Reserva de horas médicas y exámenes de imagenología en  
**Servicio al Cliente** o en [www.vidaintegra.cl](http://www.vidaintegra.cl)

