



Gobierno de Chile

Secretaría Regional Ministerial de Salud  
Región Metropolitana

Reclamo N° _____
Fecha de Ingreso _____



## FORMULARIO DE REPOSICION RESOLUCION LICENCIA FONASA

### 1.- Identificación del(la) trabajador(a) :

Ap. Paterno		Ap. Materno		Nombres	
RUT:		Edad :		Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fono :
Calle :			N°	Depto :	Comuna :
Profesión u oficio:				Email personal :	
Nombre empleador :					Fono :

### 2.- Reclama por la modificación de su(s) licencia(s) médica(s) por **FONASA** por la causal :

Detalle de su(s) reclamo(s) :				Marque con una X:				Fecha de Notificación
N° Licencia(s)	Desde Ej: dd/mm/aaaa	Hasta Ej: dd/mm/aaaa	N° Días	Rechazo	Reducción	Error Cálculo Subsidios	Otro	

Diagnóstico :

Médico tratante :

Fecha de nacimiento del(la) hijo(a) menor de un año si es licencia tipo 4 :

### 3.- Antecedentes y fundamentos del reclamo :

¿ Se reintegró a trabajar después de esta(s) licencia(s) : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Por qué NO ?

¿ Fue citado a peritaje? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿ Acudió ? : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Fecha :

¿ Por qué NO ?

Antecedentes relacionados con la causal de rechazo de **FONASA** que justifique su reclamo :

ADJUNTA INFORME MEDICO : \_\_\_\_\_, EXAMENES \_\_\_\_\_, OTROS \_\_\_\_\_, FIRMA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES APORTADOS SE ADJUNTAN A LA VERDAD Y ASUMO MI RESPONSABILIDAD DE COMPROBARSE LO CONTRARIO.

(Uso exclusivo COMPIN)

AUTORIZAR Totalmente	AUTORIZAR Parcialmente	RECHAZAR	Justificación :
-------------------------	---------------------------	----------	-----------------

Oficio Ord. de SUSESO N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Se concluye : \_\_\_\_\_