



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) :

Apellido 1	Apellido 2	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 : _____