Gobierno de Chile

Secretaría Regional Ministerial de Salud
Región Metropolitana

Reclamo N°
Fecha de Ingreso

FONASA
FONDO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE REPOSICION RESOLUCION LICENCIA FONASA

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

Ap. Paterno	Ap. Materno		Nombres	
RUT:	Edad :		Sexo : __M __ 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:**				
N° Licencia(s)	Desde	Hasta	N° Días	Rechazo	Reducción	Error Cálculo Subsidios	Otro	Fecha de Notificación

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 : _____