



Fecha de Ingreso _____



Apellido 1		Apellido 2		Nombres	
RUT:		Edad :		Sexo : ☐ M ☐ F ☐ I	
Fono :					
Calle :		N°		Depto :	
				Comuna :	
Profesión u oficio:				Email personal	
Nombre empleador :				Fono :	

Detalle de su(s) reclamo(s) :				Marque con una X:				
N° Licencia(s)	Desde Ej: dd/mm/aaaa	Hasta Ej: dd/mm/aaaa	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 :

¿ 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 _____

AUTORIZAR Totalmente	AUTORIZAR Parcialmente	RECHAZAR	
-------------------------	---------------------------	----------	--

Oficio Ord. de SUSESO N° _____ del ____/____/____/ Se concluye : _____