



Secretaría de Estudios Antropología <secest.antropologia@uchile.cl>

Solicitud para congelar año académico (Alondra Oyarzún Romero)

1 mensaje

AlondraAndromeda Oyarzun <alondraandromedaoyarzun@gmail.com>
Para: "secest.antropologia@uchile.cl" <secest.antropologia@uchile.cl>

27 de marzo de 2023, 8:00

Buenos días, le escribo nuevamente para solicitar que me congelen el año académico como alumna regular (estudiante Alondra Andromeda Oyarzún Romero), debido a que este año no podré estudiar por problemas económicos y familiares, lamentablemente mi madre sigue enferma (su enfermedad se llama trastorno conversivo), lo que me dificulta estudiar, ya que tengo que apoyarla y hacerme cargo financieramente con todos sus remedios, tratamientos, exámenes y horas con la psiquiatra, además de tener que hacerme cargo del hogar. Adjunto documentos de sus órdenes médicas. Estaré atenta a su respuesta, por si necesita algún otro documento para acreditar el proceso para congelar el año completo. Muchas gracias, que tenga un buen día.

3 adjuntos



WhatsApp Image 2023-03-26 at 23.41.07.jpeg
77K

83985645.pdf
13K

CamScanner 03-21-2023 21.59.pdf
376K



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 083985645-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

R	O	M	E	R	O					G	O	N	Z	Á	L	E	Z			A	N	A		M	A	R	Í	A				1	1	5	2	5	7	8	1	-	1
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
2	1	0	3	2	0	2	3			2	3	0	3	2	0	2	3			5	2									F											
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO											
2	1									VEINTIUNO																															
N° DE DÍAS										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 18.867)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO				
	DÍA	MES	AÑO	
	HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN				
	MES	AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

2	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	B	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA	Pedro onca 685, San Bernardo	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-82037446	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

P	I	N	T	O						C	É	S	P	E	D	E	S			M	A	R	I	S	O	L				1	6	1	2	8	9	5	8	-	2
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
31650-4																				PSIQUIATRÍA										1									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									
02-9999999/										Covadonga 121, San Bernardo										Documento firmado electrónicamente																			
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																			

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 083985645-8

Sucursal : CENTRO DE BIENESTAR INTEGRAL ALANZA LIMITADA -
CENTRO DE BIENESTAR INTEGRAL ALANZA LIMITADA

Fecha Otorgamiento : 21-03-2023 21:52 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : CENTRO POLITECNICO PARTICULAR DE SAN RAMON

1. Datos Profesional

Profesional : PINTO CÉSPEDES, MARISOL
Rut : 16128958-2
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Covadonga 121, San Bernardo - Tel: 02-9999999

2. Datos Trabajador

Nombre : ROMERO GONZÁLEZ, ANA MARÍA
Rut : 11525781-1
Edad : 52
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 23-03-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 21 Dirección : Pedro onca 685, San Bernardo
Fecha término : 12-04-2023 Teléfono : 09-82037446
Tipo : Reposo Parcial -Tarde

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 21-03-2023 21:52 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65116354-4
Fecha de Recepción : 21-03-2023
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **83985645-8** y código de verificación: **I-b3ffa4**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.

lamotrigina 50 mg comprimido

Administrar:

Dosis

0.5 comprimido

Vía de Administración

oral

Frecuencia

Administrar cada 24 horas

Periodo de Tratamiento

Durante 6 meses

Indicación de administración

1/2 comp cada mañana permanente. En caso de alergia o ronchas en piel consultar urgentemente y suspender

olanzapina 10 mg comprimido

Administrar:

Dosis

1 comprimido

Vía de Administración

oral

Frecuencia

Administrar cada 24 horas

Periodo de Tratamiento

Durante 6 meses

Indicación de administración

1 comp cada noche permanente

escitalopram 10 mg comprimido

Administrar:

Dosis

1 comprimido

Vía de Administración

oral

Frecuencia

Administrar cada 24 horas

Periodo de Tratamiento

Durante 6 meses

Indicación de administración

Suspender venlafaxina(1 capsula de Venlafaxina de 37,5mg por 7 días , luego suspender). Posteriormente usar 1/2 comp de escitalopram por 14 días , luego 1 comp hasta control

DRA. MARISOL PINTO CÉSPEDES

MÉDICO PSIQUIATRA
RUT: 16.128.958-2 RCM: 31.650-4
CALLE MAIPÚ 367, SAN BERNARDO
✉ mari.pintocespedes@gmail.com

0002710

Fecha: 21/3/23

Nombre Paciente: Ane María Romero González

Edad: _____ RUT: 11.525.781-1 Ciudad: Stgo

Domicilio: _____

Rp.

Solicito:

- Hemograma + VHS
- Perfil Bioquímico
- Urea / BUN
- Electrolitos plasmáticos
- TSH
- T4 libre
- Vitamina D
- Vitamina B12
- Orina Completa

Dra. Marisol Pinto Céspedes
Médico Psiquiatra
16.128.958-2
RCM 31650-4

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

SERVICIOS GRAFICOS J&C LTDA. • CUEVAS 1460 / SANTIAGO • FONO/FAX: 25543841 • R.U.T.: 78.953.360 - 1

DRA. MARISOL PINTO CÉSPEDES

MÉDICO PSIQUIATRA
RUT: 16.128.958-2 RCM: 31.650-4
CALLE MAIPÚ 367, SAN BERNARDO
✉ mari.pintocespedes@gmail.com

0002711

Fecha: 21/3/23

Nombre Paciente: Ane María Romero González

Edad: _____ RUT: 11.525.781-1 Ciudad: Stgo

Domicilio: _____

Rp.

Solicito

ECG en reposo

Dra. Marisol Pinto Céspedes
Médico Psiquiatra
16.128.958-2
RCM 31650-4

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

SERVICIOS GRAFICOS J&C LTDA. • CUEVAS 1460 / SANTIAGO • FONO/FAX: 25543841 • R.U.T.: 78.953.360 - 1