



SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS
DEPTO. GESTION Y CONTROL DE LAS PERSONAS

Número Control Interno: _____/

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PERMISO DE SALUD FUNCIONARIA

Nombre: _____ Rut: _____

Unidad de desempeño: _____ Estamento: _____

Fecha de solicitud: / /

Fecha solicitada: / / Horario: desde: _____ hrs. Hasta: _____ hrs.

Tipo de atención (marque sólo una opción):

- 1) General (Ej: médico o kinesiólogo de salud del personal) _____
- 2) Especialista _____
- 3) Procedimiento o examen de especialidad _____
- 4) APS (CESFAM):
 - Consulta o control prenatal o de hijo menor de 2 años _____
 - Consulta o control ECNTs _____
 - Consulta o control de planificación familiar (tto. anticonceptivo) _____

Establecimiento/comuna de destino: _____ / _____

Hora de citación: _____

Adjunta citación: SI _____ NO (Pendiente) _____

Firma Solicitante

VºBº Jefe Directo

Uso exclusivo de Unidad de Personal

VºBº Revisor Personal

Nº de permiso SF solicitado en el mes: