



# Certificado de Alta Médica

## LEY N° 16.744

Número de Certificado

Fecha Emisión Certificado

### A. Identificación del Caso

<input type="text"/> Código Único Nacional (CUN)	Calificación: <input type="checkbox"/> Accidente del Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Accidente del Trayecto	<input type="text"/> Fecha de la DIAT o DIEP
---	---	---

### B. Identificación del Trabajador/a

<input type="text"/> Nombres – Apellido Paterno - Apellido Materno		<input type="text"/> RUT
<input type="text"/> Dirección	<input type="text"/> Comuna	<input type="text"/> Teléfono

### C. Identificación del Empleador

<input type="text"/> Nombre o Razón Social		<input type="text"/> RUT
<input type="text"/> Dirección	<input type="text"/> Comuna	

### D. Datos de Alta Médica o Cierre del Caso

Tipo de Alta: <input type="text"/> (Indique la opción que corresponde, 1, 2, 3, 4 o 5)	Fecha del Alta: <input type="text"/>
1.- Término de los tratamientos del trabajador. Indique si se presume que existe Invalidez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En este caso, el organismo administrador solicitará o iniciará el trámite para evaluar su incapacidad permanente dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de emisión de esta Alta Médica.	
Cierre de Caso: 2.- Derivación Art. 77 bis de la Ley 16.744 3.- Por abandono de tratamiento 4.- Por fallecimiento 5.- Otro motivo <input type="text"/>	

### E. Identificación del Médico

<input type="text"/> Nombres – Apellido Paterno - Apellido Materno		<input type="text"/> RUT
<div><div></div><div>----- Timbre Organismo</div></div>		<div><div></div><div>----- Timbre Organismo</div></div>

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.