



Manual emisión licencia médica electrónica – Sanna

Tu salud **más fácil**

imed.cl

Licencia Médica Electrónica Sin trámites, con toda la protección

Médicos

Para contratar Licencia Médica Electrónica haz Click **AQUÍ**

Licencia Médica Electrónica 02-71

Cada día más simple para ti y para los pacientes

Iniciar sesión con Contraseña

Ingresar

¿Olvidó su clave?

SEGURIDAD **autentia** IDENTIDAD GARANTIZADA

■ Ingresa a www.licencia.cl y presiona la sección **Médicos**.

■ Luego, digita tu RUT y presiona **Ingresar**.

Iniciar sesión con Contraseña

Ingresar

¿Olvidó su clave?



- Luego del RUT, el sistema te solicitará ingresar tu huella en el lector.
- Hazlo con un dedo que tengas enrolado.

Advertencia

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 Código Penal

Aceptar

- Al ingresar, verás una ventana emergente con una advertencia referente al **Artículo 202 Código Penal** acerca de la emisión de licencias médicas.
- Haz clic en el botón **Aceptar** de esa ventana emergente.

Módulo Médicos

Emitir Licencia Ver licencias otorgadas Anular Licencias Nueva Receta Nueva notificación Buscar notificaciones

Inicio ▶ Emitir Licencia

Origen de la Licencia

Enfermedad Común o Maternal Laboral Sanna

Trabajador

Seleccione un asegurador 12345678-9 Verificar

Empleador

Otorgar además 0 licencias para otros empleadores.

Reposo

Inicio 29/05/2023 Días 0 Fin 29/05/2023 Total Mañana

Su domicilio Comuna Calle, N°, Depto (+56) COD

Teléfono

[Dirección de reposo alternativa](#)

Datos de la licencia

8 - Sanna Recuperabilidad laboral Inicio trámite de invalidez

RUN hijo(a) 12345678-9 Fecha Nacimiento 29/05/2023 Sexo Masculino

Nombre hijo(a) Nombre Apellido paterno Apellido materno

Diagnóstico principal

[Otros antecedentes médicos](#)

Advertencia: El RUN del hijo tiene que ser válido.

- Selecciona la opción **Emitir Licencia**.
- En **Origen de la Licencia**, selecciona la opción **Sanna**.

Módulo Médicoa

Datos de la licencia

8 - Sanna Reuperabilidad laboral Inicio trámite de invalidez

RUN hijo(a) Fecha Nacimiento Sexo

Nombre hijo(a)

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Contingencia

- Si selecciones **Sanna** en **Origen de la licencia**, en la sección **Datos de la licencia** se marcará la opción **8-Sanna**.
- Además, se agregará una nueva sección en el formulario, donde deberás completar los datos de la licencia **Sanna**.

Módulo Médicos

Emitir Licencia | Ver licencias otorgadas | Anular Licencias | Nueva Receta | Nueva notificación | Buscar notificaciones

Inicio ▶ Emitir Licencia

Origen de la Licencia
Sanna

Trabajador
CAROLINA ANDREA RODRIGUEZ FERNANDEZ

Empleador
Atención: Es responsabilidad del trabajador informar cuales son los empleadores a seleccionar:
 Vigente
 IMED CONSULTORIA S.A. (99.542.650)

Otorgar además licencias para otros empleadores

Reposo
Inicio Días Fin
Su domicilio Comuna Calle
Teléfono
 Dirección de reposo alternativa ▼

Datos de la licencia
 Recuperabilidad laboral Inicio trámite de invalidez
RUN hijo(a) Fecha Nacimiento Sexo
Nombre hijo(a) Apellido paterno Apellido materno
CIE-10 Diagnóstico Principal

Confirmar datos de contacto

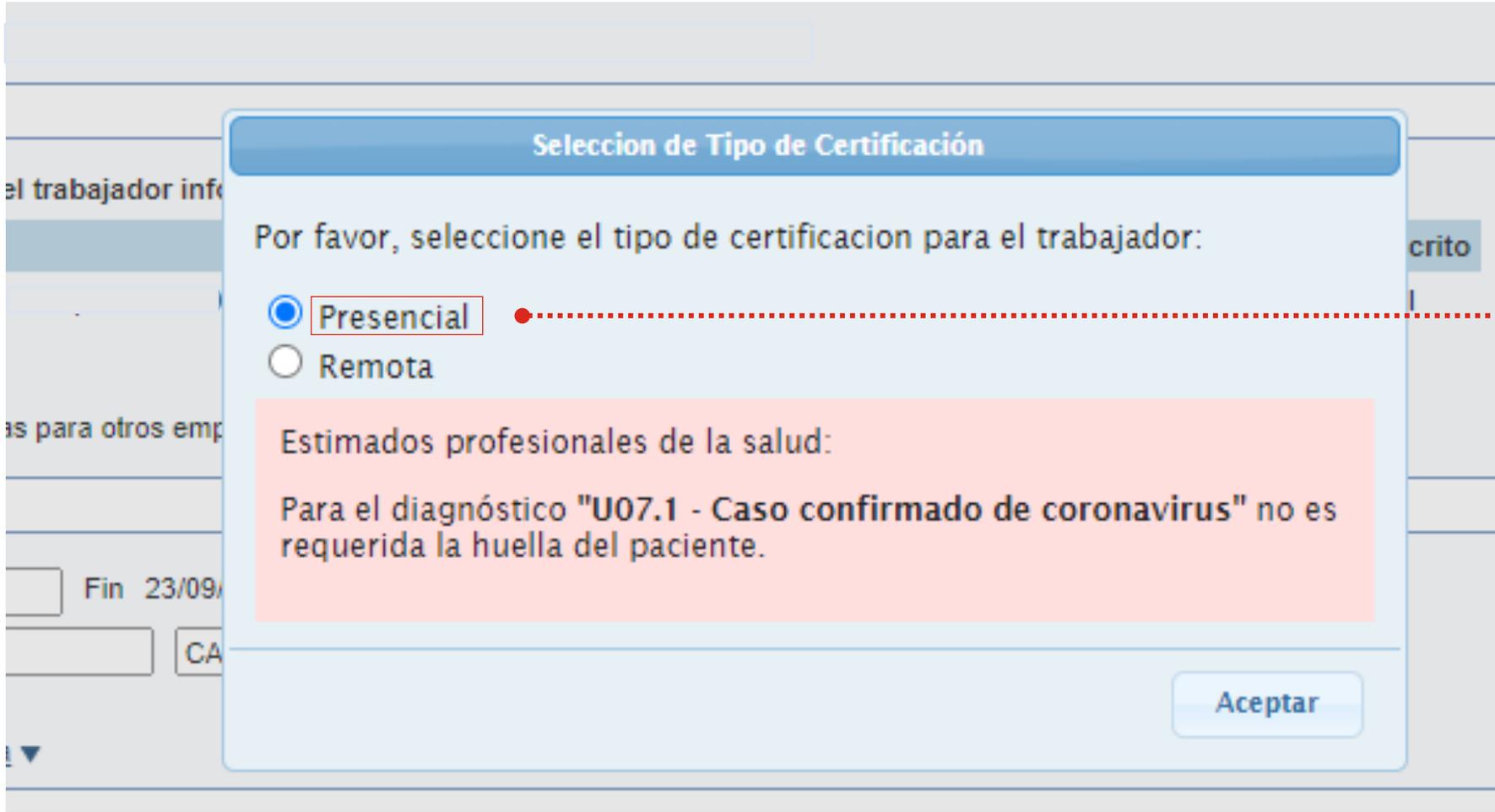
Por favor actualizar Email y celular del paciente.

Email

Celular +569

Aceptar

■ Ingresa el correo electrónico y teléfono celular del paciente, de manera que pueda recibir las notificaciones correspondientes.



Selección de Tipo de Certificación

Por favor, seleccione el tipo de certificación para el trabajador:

Presencial

Remota

Estimados profesionales de la salud:

Para el diagnóstico "U07.1 - Caso confirmado de coronavirus" no es requerida la huella del paciente.

Aceptar

- Selecciona el tipo de certificación para el trabajador.
- Si la licencia se emite en forma **presencial**, el paciente deberá verificar su identidad por medio de su huella en el lector biométrico.

Selección de Tipo de Certificación

Por favor, seleccione el tipo de certificación para el trabajador:

Presencial

Remota

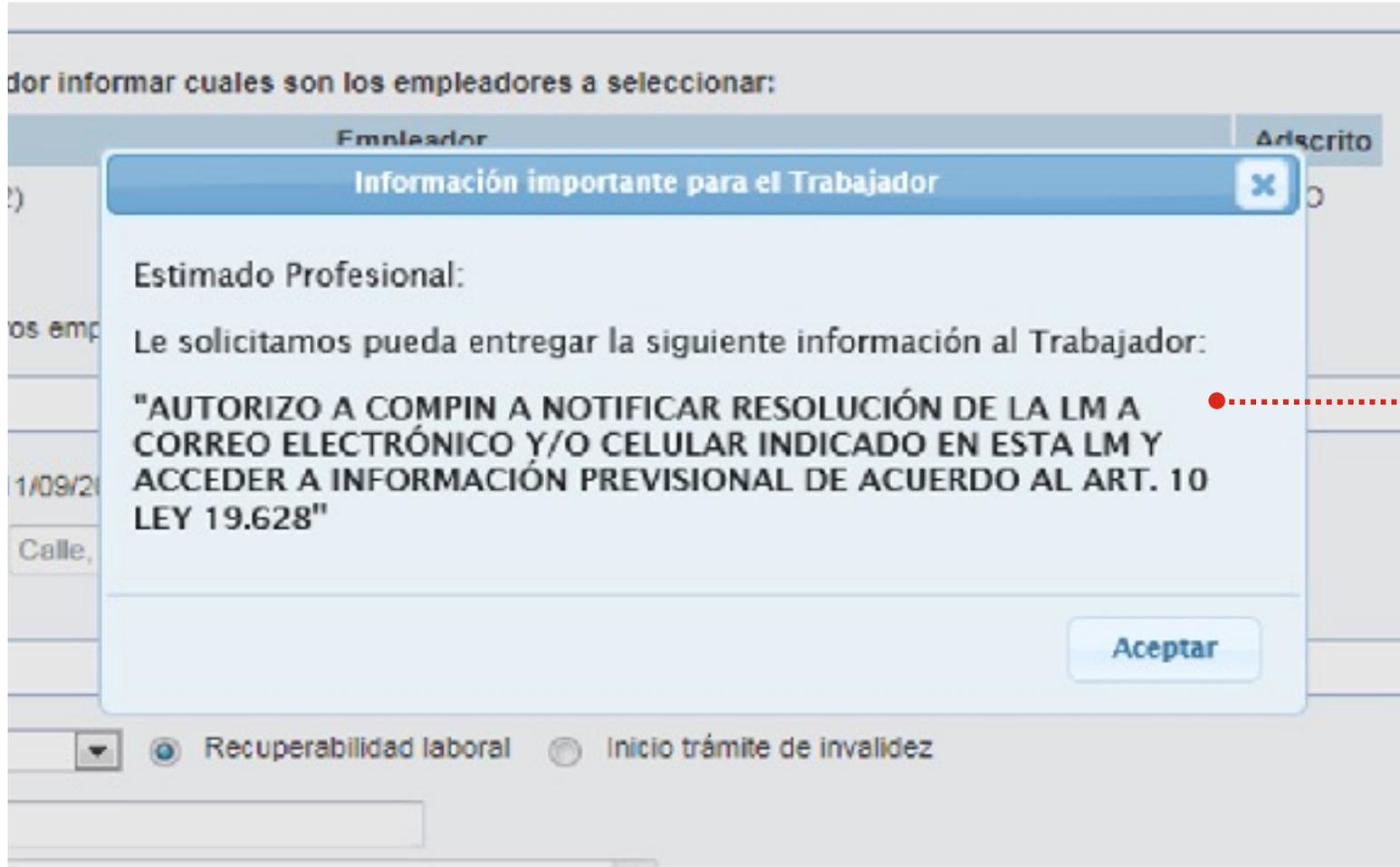
Para la Certificación Remota es necesario ingresar un correo electrónico, al cual será enviado un enlace con las instrucciones.

Email

Celular +569

Aceptar

- Si la licencia se emite a distancia, al seleccionar **Remota** se desplegarán dos campos que debes completar para que el paciente pueda verificar su identidad.
- Ingresa el **teléfono celular** y **correo electrónico** del paciente, donde se le enviará el enlace con las instrucciones del proceso.
- No podrás continuar con la emisión de la licencia hasta que el paciente realice el proceso de verificación de identidad.



- Si se realiza la verificación de identidad **Remota**, se desplegará una ventana emergente con información importante para el trabajador sobre la resolución de la licencia.
- Haz clic en **Aceptar**.
- En caso de que el paciente sea beneficiario Isapre, no se desplegará este mensaje.

Emitir Licencia Ver licencias otorgadas Anular Licencias Nueva Receta Nueva notificación Buscar notificaciones

Inicio ▶ Emitir Licencia

Origen de la Licencia
Sanna

CAROLINA ANDREA RODRIGUEZ FERNANDEZ - COLMENA

Empleador

Atención: Es responsabilidad del trabajador informar cuales son los empleadores a seleccionar:

Vigente	Empleador	Adscrito
<input checked="" type="checkbox"/>	IMED CONSULTORIA S.A. ()	SI

Otorgar además licencias para otros empleadores.

- Una vez que el paciente ha sido certificado, se desplegarán los datos que el trabajador tiene registrados previamente.
- Selecciona el **Empleador**.

Módulo Médicos

Reposo

Inicio Días Fin Total Mañana

Su domicilio CALLE ELEUTERIO RAMIREZ 926 DEPTO. 1001 (+56)

[Dirección de reposo alternativa](#) ▼

Datos de la licencia

Recuperabilidad laboral Inicio trámite de invalidez

RUN hijo(a) Fecha Nacimiento Sexo

Nombre hijo(a)

[Otros antecedentes médicos](#) ▼

Advertencia: El RUN del hijo tiene que ser válido.

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

- En la sección **Reposo**, completa la información de la sección.
- La fecha de inicio puede ser 90 días retroactiva o 3 días hacia adelante.
- La plataforma completará automáticamente los días, fecha de finalización del reposo y la dirección.
- El sistema te permite ingresar una dirección alternativa.

Módulo Médicos

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Fecha presentación Número de días

Run del beneficiario que traspaso los días

Nombre entidad pagadora Donde se presentó la carta de aviso

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

- En la sección sanna se debe indicar si existe algún traspaso de días. En caso de seleccionar que **SI** se debe desplegar los siguientes campos:
 - Fecha presentación**
 - Número de días**
 - Run del beneficiario que traspaso los días**
 - Nombre entidad pagadora**
- En caso de indicar **NO** en existencia de traspaso, no se debe desplegar los campos anteriores.

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Banco Tipo de cuenta Número de cuenta

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

■ Al seleccionar medio de pago **Transferencia Bancaria** se deben desplegar los siguientes campos:

- **Banco**
- **Tipo de cuenta**
- **Número de cuenta**

■ Las otras opciones a seleccionar en medio de pago son:

- **Cheque nominativo**
- **Orden de pago**
- **Efectivo**

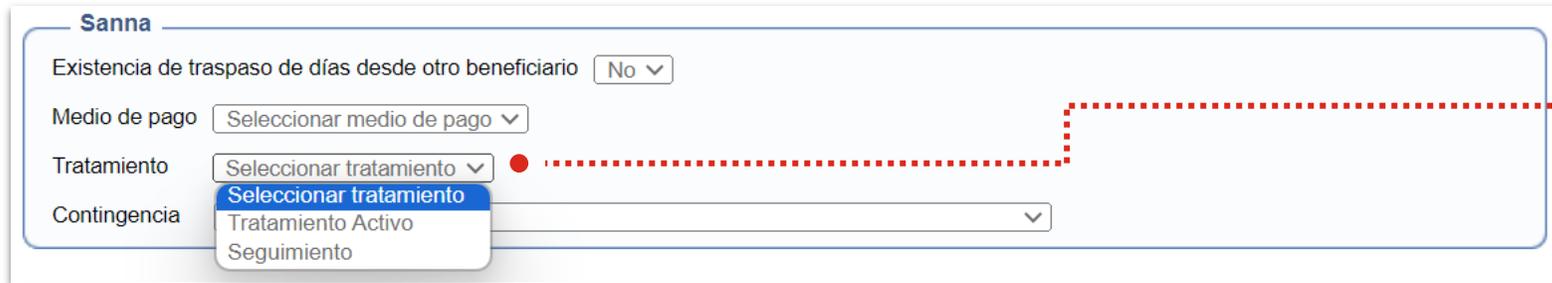
Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia



Una vez completado los datos del medio de pago, se debe indicar el tipo de tratamiento, puede ser **activo o seguimiento**, para cada una de las contingencias.

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

Etapa Glosa

Etapa

- Sospecha
- Confirmación diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento
- Recidiva

- Si en **Contingencia** presionas **Cáncer**, deberás seleccionar **Etapa** y **Glosa**.
- Las opciones de Etapa son:
 - Sospecha
 - Confirmación diagnóstico
 - Tratamiento
 - Seguimiento
 - Recidiva

Módulo Médicos

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

Tipo

Órgano Sólido

Seleccionar tipo del trasplante

Órgano Sólido

Progenitores Hematopoyéticos

Seleccionar estado del trasplante

Seleccionar estado del trasplante

Trasplante efectuado

No se ha efectuado trasplante

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

Advertencia: Debe acompañar informe escrito favorable emitido por el director del área médica del prestador institucional de salud respectivo.

Fase o estado terminal de la vida

- Si en Contingencia presionar **Trasplante**, deberás seleccionar **Tipo** y el **Estado del trasplante**.
- Las opciones de **Tipo** son las siguientes:
 - Órgano sólido
 - Progenitores Hematopoyéticos
- Si Contingencia seleccionas **Fase o estado terminal de la vida**, deberás seleccionar alguna de las opciones indicadas.

Módulo Médicos

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

Contingencia

Advertencia: Sólo podrá otorgarse a partir del día undécimo de ocurrido el accidente.

Fecha del accidente

Breve relación de las circunstancias en que se produjo el accidente:

Evolución, tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados (fecha de operación, si procede), resultados obtenidos:

- Si en **Contingencia** seleccionas **Accidente grave con riesgo de muerte con secuela funcional grave y permanente**, deberás seleccionar la fecha del accidente y una breve descripción según se indica en la imagen.

Sanna

Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario

Medio de pago

Tratamiento

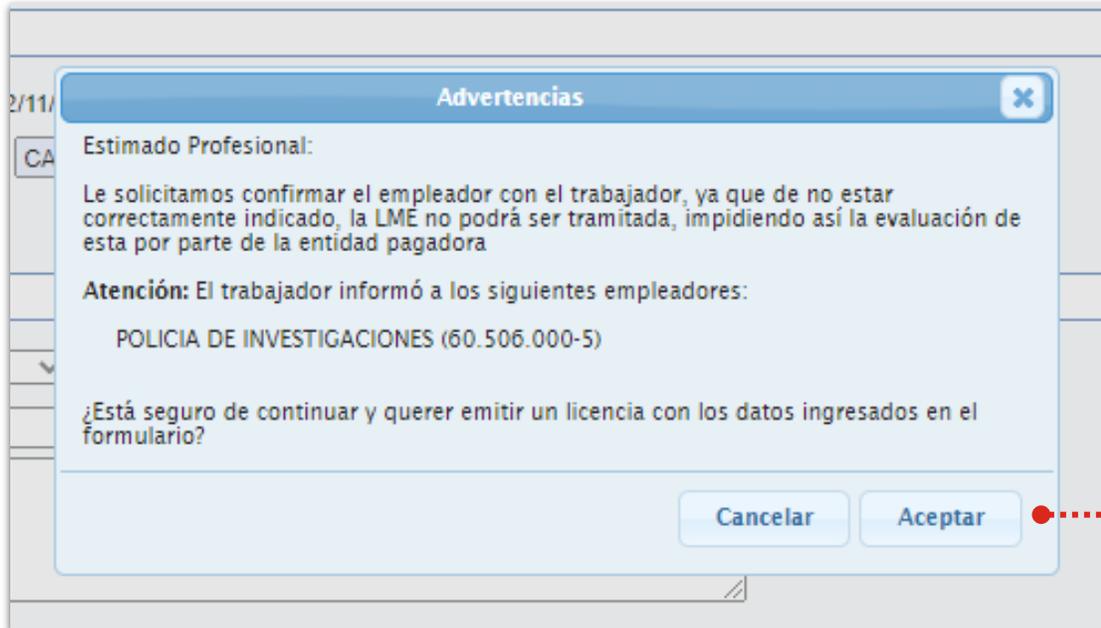
Contingencia

Unidad de hospitalización

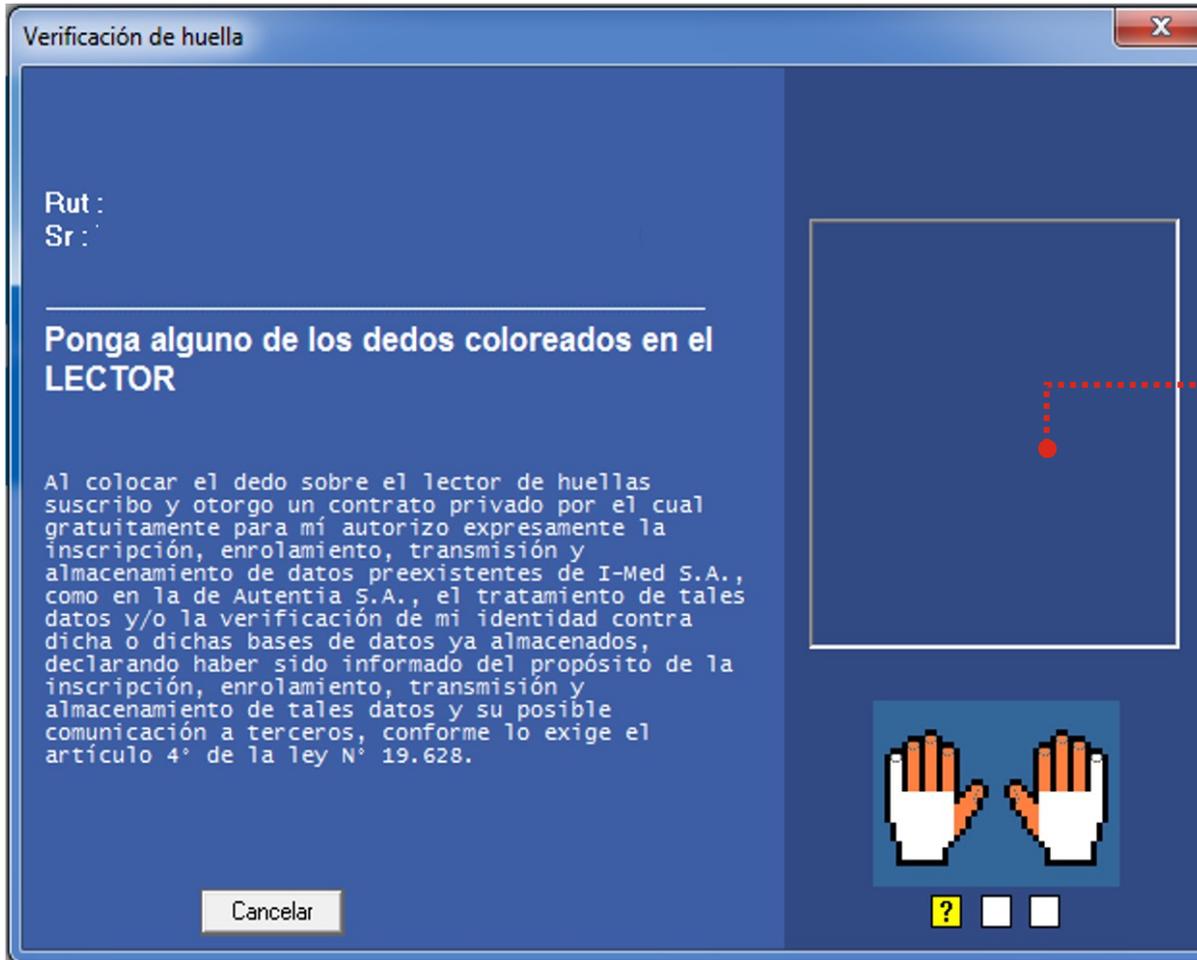
Diagnóstico y evolución en

Fecha de ingreso en la unidad de hospitalización:

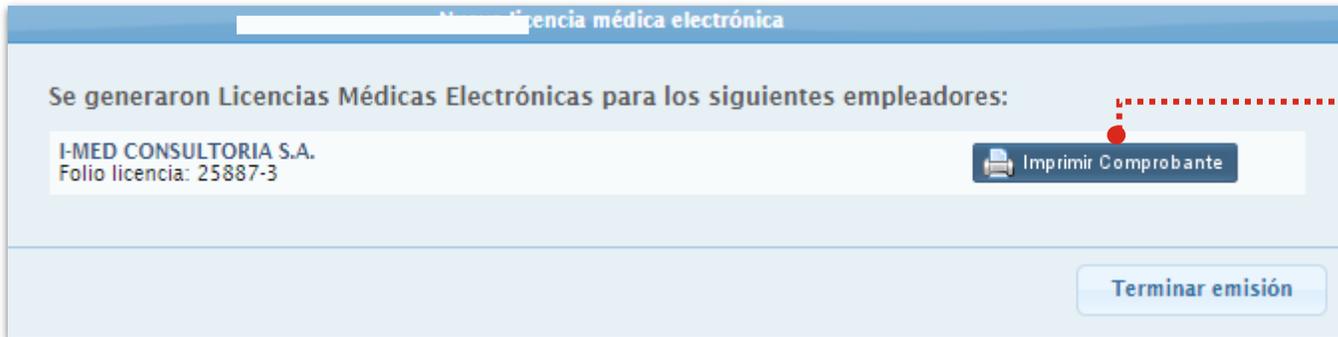
Si en **Contingencia** seleccionas **Enfermedad grave que requiera hospitalización**, deberás seleccionar la unidad de hospitalización UCI o UTI, una descripción del diagnóstico y la fecha de ingreso de hospitalización.



- Una vez completados los datos de la licencia, se procede presionar el botón **Emitir la licencia**.
- Se desplegará una ventana de **Advertencias**, confirmando la emisión de la licencia médica.
- Haz clic en **Aceptar** para continuar.



- Ingresa tu huella para autorizar la emisión del documento.
- En caso de ser presencial, el trabajador también deberá ingresar su huella.



- Una vez que hayas firmado el documento, se desplegará un resumen de la licencia emitida.

En el siguiente link, podrá encontrar información relacionada a la Ley Sanna:

<https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-137400.html>



¡Gracias!

Tu salud **más fácil**

imed.cl