



REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
Departamento de Personal

DECRETO EXENTO N°: 473 /

PARRAL, 24 Ene 2014

- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.
- 4.- El Certificado Médico Presentado por don (a) **ROCIO ALARCON DELGADO.-**
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a Don **IVAN ALONSO DAMINO HERNANDEZ.**
- 6.- El decreto Exento N° 323 de fecha 17.01.2014, que designa Secretario Municipal Subrogante a Don **VICTOR TRONCOSO OLIVARES.**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a don (a) **ROCIO ALARCON DELGADO**, Honorarios, TRES (03) días de Licencia Médica, para el restablecimiento de su salud, a contar del 22.01.2014, debiendo reasumir a sus funciones el día 25.01.2014.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.



VICTOR TRONCOSO OLIVARES
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

IDH/VTO/EGP/nba.

DISTRIBUCION: Archivo, Personal.-



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

REGISTRO DE ATENCION MEDICA DE URGENCIA

FOLIO: 2849

Fecha: 22/01/2014

Hora: 09:36

R.U.T. 16.578.146-5 Ap. Paterno ALARCON Ap. Materno DELGADO Nombres ROCIO CAROLINA

Sexo FEMENINO Fecha/Nac 12/04/1987 Edad 26 Tipo/Edad A:0
Domicilio O'HIGGINS 221 CATILLO Comuna PARRAL Prevision FONASA Tramo A

Motivo Consulta: ESGUINCE EN TOBILLO 2 dia

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Hora: 09.50.

PA: 120/82 PULSO: 104 TA: 36.5 T'R: SAT.O2: 98.1 FR:

DX: PESO: ESCALA DE GLASGOW: ALERGIA: NO

HORA ATENCION MEDICA: EXAMENES

EX.FISICO :

Diagn"stico : - Esguinca Grado I GES SI / NO

Tratamiento :

Pron"stico Medico: Leve Menos Grave Grave

Destino : Domicilio Hospitalizaci"n Interconsulta

Consultorio Traslado Fallecido Otro

Reposo: - Pie alto x 3 dias Hora de Egreso

INDICACIONES RP. - Frio local x 2 dias luego calor
- Pro fund B. 1500 dia 1 + dia

DRA. TOLESA

FIRMA MEDICO DE TURNO

CONFIRMACION DIAGNOSTICA GES

RUT

NOMBRE

FIRMA

La atenci"n medica de urgencia es una aproximaci"n diagnostica que puede variar en el tiempo SI LAS MOLESTIAS PERSISTEN CONSULTE A SU MEDICO