

## CARTA DE APELACIÓN DE LICENCIA MÉDICA

[Nombre completo del trabajador/a]

[Documento de identidad (DNI / RUN / N° de identificación)]

[Dirección completa]

[Ciudad / Estado / Código Postal]

[Teléfono ( ) \_-]

[Correo electrónico]

[Fecha (DD/MM/AAAA)]

A la atención de:

[Nombre de la entidad que rechazó la licencia (ej.: Comisión Médica / Aseguradora / Departamento de Recursos Humanos / COMPIN / Mutual / EPS / Seguro / Caja)]

[Dirección de la entidad (si la tienes)]

Asunto: Apelación / Reconsideración de rechazo de licencia médica N° [Número de licencia médica]

Yo, [Nombre completo del trabajador/a], por medio de la presente interpongo apelación formal respecto de la resolución de fecha [DD/MM/AAAA de la resolución de rechazo], mediante la cual se rechazó total/parcialmente mi licencia médica N° [Número de licencia], correspondiente al período comprendido entre [Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)] y [Fecha de término (DD/MM/AAAA)], emitida por [Nombre y especialidad del médico tratante].

### 1. Antecedentes médicos del caso

El día [DD/MM/AAAA de la consulta inicial / accidente / inicio de síntomas] fui diagnosticado/a con [**diagnóstico principal según certificado médico, por ejemplo: lumbalgia aguda incapacitante, trastorno de ansiedad severa, depresión mayor, post-operatorio de cirugía X, fractura de [lugar], crisis hipertensiva, etc.**].

Este diagnóstico se encuentra respaldado por:

- Certificado médico emitido por [Nombre del médico tratante], especialista en [especialidad], RUT / N° de registro profesional [\_\_\_\_\_].
- Exámenes adjuntos (por ejemplo: resonancia magnética / rayos X / informe psiquiátrico / epicrisis de hospitalización / informe post-operatorio / informe psicológico clínico / receta de tratamiento).
- Indicación expresa de reposo laboral, control y/o tratamiento farmacológico y/o terapéutico.

El médico tratante determinó que mi estado de salud, en ese período, me impedía realizar mis funciones laborales en condiciones seguras y adecuadas.

### 2. Naturaleza de mi trabajo y limitaciones funcionales

Mi puesto de trabajo es [**Cargo / Función (ej.: operario de carga, administrativo de atención al público, conductor, docente, etc.)**] en [Nombre de la empresa / institución].

Mis tareas habituales incluyen [**describir brevemente tareas relevantes:**

**levantar peso, estar de pie muchas horas, manejar alto nivel de estrés, conducción prolongada, interacción directa con público, concentración constante, etc.].**

Durante el período indicado en la licencia médica, yo presentaba las siguientes limitaciones funcionales específicas:

- **[Dolor intenso / movilidad reducida / incapacidad para permanecer sentado o de pie por períodos prolongados / dificultad para concentrarme por síntomas ansiosos-depresivos / episodios de pánico / efectos secundarios severos de la medicación (sedación, mareos, visión borrosa)].**
- Riesgo de agravar mi cuadro si regresaba a mis labores sin el reposo indicado por el especialista.
- En el caso de **[ansiedad / depresión / trastorno psiquiátrico u otra condición de salud mental]**, mi médico indicó que el estrés laboral, el contacto constante con público / la presión de objetivos / la exposición a situaciones gatillantes representaba un riesgo serio para mi estabilidad emocional y mi seguridad personal.

Estas limitaciones hacían médicamente inseguro y no razonable que yo volviera a mis labores durante ese periodo.

### 3. Motivo del rechazo y respuesta

Según la notificación de rechazo recibida el **[DD/MM/AAAA]**, la licencia fue denegada por **[explicar el motivo que te dieron: “falta de antecedentes clínicos”, “no se justifica el tiempo de reposo”, “no se acredita incapacidad laboral”, “condición preexistente”, etc.].**

Respecto de ello, aclaro:

- Sí existen antecedentes clínicos suficientes y objetivos. Se adjuntan informes médicos actualizados, resultados de exámenes y constancias de atención especializada que describen claramente mi incapacidad temporal para desempeñar mis funciones laborales.
- El reposo indicado no fue arbitrario. Fue prescrito por mi médico tratante / especialista tras evaluación presencial y seguimiento del cuadro.
- Mi condición de salud, durante las fechas cubiertas por la licencia, no era compatible con el cumplimiento normal de mis labores sin riesgo para mi recuperación, ni con la seguridad propia y/o de terceros.

Por lo anterior, considero que la decisión de rechazo no tomó en cuenta la totalidad de la evidencia clínica aportada y/o las exigencias reales de mi puesto de trabajo.

### 4. Solicitud concreta

Solicito respetuosamente que se reevalúe mi licencia médica N° **[Número de licencia]** correspondiente al período **[DD/MM/AAAA – DD/MM/AAAA]**, y que se proceda a su aprobación y pago/validez en su totalidad, conforme a las indicaciones médicas emitidas.

Asimismo, pido que esta apelación y los documentos adjuntos pasen a ser incorporados al expediente, de modo que la resolución final refleje adecuadamente mi situación de salud y el criterio profesional del médico tratante.

5. Documentación adjunta

Adjunto copia de los siguientes documentos en apoyo de mi apelación:

- Certificado médico original / licencia médica emitida por [**Nombre del médico tratante**], con diagnóstico y fechas de reposo.
- Informes médicos y/o psicológicos/psiquiátricos actualizados.
- Exámenes clínicos (por ejemplo: radiografías, resonancias, informes de urgencias, epicrisis de hospitalización, evaluación de especialista).
- Medicación prescrita y plan de tratamiento recomendado.
- Informe de funciones laborales (si aplica) que demuestra que las exigencias del puesto no eran compatibles con mi condición física / mental durante el período de reposo indicado.

6. Declaración final

Declaro que la información que presento en esta apelación es verdadera y corresponde a mi situación real de salud en las fechas mencionadas. Mi intención no es extender injustificadamente una ausencia laboral, sino documentar que, en ese periodo específico, yo estaba médicamente incapacitado/a para trabajar y que seguí las indicaciones profesionales correspondientes.

Agradezco su atención y solicito respuesta por escrito a la presente apelación.

Atentamente,

[Firma manuscrita]

[Nombre completo del trabajador/a]

[Documento de identidad (DNI / RUN / N° de identificación)]

[Fecha (DD/MM/AAAA)]

[Teléfono ( ) \_-]

[Correo electrónico]