

SEPTIEMBRE 30, 2022

SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.

EXPEDIENTE: NUEVO

PROCESO: RECURSO DE AMPARO.

RECURRENTE: HENRY RODRIGUEZ RAMIREZ

RECURRIDO: CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA.

Quien suscribe, Lic. Henry Rodríguez Ramírez, cédula 109800594, en favor y representación de **MARÍA NOVOA DUARTE, Estado civil – Seleccione, Ama de casa, con residencia en el cantón de Talamanca, con identificación número 901080625**, con fundamento en los hechos, pruebas y derecho que a continuación expongo, procedo a incoar Recurso de Amparo contra la Caja Costarricense del Seguro Social.

HECHOS:

MANIFIESTA MI REPRESENTADO/A:

Me dieron una referencia a Neurocirugía, después de mucho tiempo de espera, estuve internada para operarme y me dieron la salida sin la cirugía quedaron de llamarme en 15 a 22 días para realizar la operación, me realizaron los exámenes correspondientes y todavía estoy esperando que me llamen y nada ya son varios meses que me indicaron me llamarían y nada. hasta el día de hoy no he tenido ninguna solución de parte del hospital Calderón Guardia, me afecta en mi vida diaria, me causa dolor, he tenido pérdida de visión, conforme pasa el tiempo mi padecimiento se agrava y temo que llegue el momento en que no tenga reparación solo porque no me cumplen con la realización de la cirugía, estoy angustiada, desesperada, paso llorando, no tengo calidad de vida, el dolor es fuerte y constante además de la notoria pérdida de visión cada día.

Considero que el hecho de que han enviado a mi representada a su casa después de tenerla internada para la cirugía con la promesa de llamarla máximo 22 días después y que ya han pasado varios meses, soportando el avance de su padecimiento, violenta su derecho fundamental a la salud.

PRUEBAS

1- Referencia médica

PETITORIA.

- 1- Se declare con lugar el presente recurso de amparo.
- 2- Se le asigne una fecha inmediata para la realización de la cirugía que requiere mi representada.
- 3- Se condene al recurrido al pago de las costas de este proceso, como también al pago del daño moral y subjetivo al que ha sido expuesta mi representada.

Notificaciones: Las recibiré al correo notificaciones@crderecho.com



 **Caja Costarricense de Seguro Social**



1. Riesgo excluido	2. Criterio de priorización	
Accidente	Cons. Externa	Urgencias
☐ Laboral	☐ Urgente	☐ Rojo
☐ Taurino	☐ A cupo	☐ Amarillo
☐ Tránsito		☐ Verde

3. ☐ REFERENCIA ☒ CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

4. Nombre <u>Neuro Quetz Pérez Jarama</u>		5. Fecha de nacimiento <u>25/09/1972</u>
6. Sexo ☐ 1. Masculino ☒ 2. Femenino	7. Tipo de identificación ☒ 1. Cédula identidad Reg. Civil ☐ 2. Identificación temporal interno ☐ 3. Extranjero con identificación CCSS	
8. Número de identificación <u>9101110181016121511111</u>		9. Tipo de consulta ☐ 1. Consulta presencial ☐ 2. Teleconsulta
10. Residencia habitual: (Provincia) <u>Limón</u> (Cantón) <u>Talamanca</u> (Distrito) <u>Bratsi</u>		
11. Dirección exacta: <u>Pueblo nuevo de olivia 50 mts antes de puerperin</u>		
12. Número de teléfono del paciente	13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre	15. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro <u>HCG</u>		17. Área de atención ☐ 1. Consulta Externa ☐ 2. Urgencias ☐ 3. Hospitalización
18. Servicio ☐ 1. Medicina ☐ 2. Cirugía ☐ 3. Gineco-Obstetricia ☐ 4. Pediatría ☐ 7. Psiquiatría ☐ 8. Otro		19. Especialidad o disciplina <u>neurocirugía</u>
20. Nombre del profesional <u>Dra Chavarría</u>	21. Código <u>15852</u>	22. Número de teléfono y extensión del profesional

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro <u>HCG</u>		24. Área de atención ☐ 1. Consulta Externa ☐ 2. Urgencias ☐ 3. Hospitalización
25. Servicio ☐ 1. Medicina ☐ 2. Cirugía ☐ 3. Gineco-Obstetricia ☐ 4. Pediatría ☐ 7. Psiquiatría ☐ 8. Otro		26. Especialidad o disciplina <u>cefalaxa de neurocirugía</u>
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario		

IV. Cita

28. Hora cita recomendada	28.1 Justificación: 2. ☐ Cita Múltiple 4. ☐ Institucional 6. ☐ Otra	29. Fecha de cita otorgada
	1. ☐ Horario laboral 3. ☐ Lugar de residencia 5. ☐ Medio de transporte	
30. Especialidad	31. Nombre funcionario de REDES que asignó la cita	32. Fecha de trámite

Cód. 4-70-04-0140