

FEBRERO 23, 2023**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 MAX PERALTA CARTAGO**

Quien suscribe, Lic. Henry Rodríguez Ramírez, cédula 109800594, en favor y representación de **JOSÉ DANIEL ROJAS SÁNCHEZ, Soltero, Contador Público, con residencia en el cantón de El Carmen, Cartago, con identificación número 302950966**, 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:**

Tengo un caso urgente de una hemorroide de tercer grado, y el 07 de octubre del 2022 acudí a una cita médica en la clínica de la CCSS en donde me atendió el Doctor Erick Baizan en donde me extendió ese mismo día una orden de hospitalización para realizarme una operación ambulatoria para extirparme la hemorroide.

Desde antes de octubre 2022 a la fecha he estado con mucho malestar incomodidad y dolor a causa de la hemorroide, y sobretodo, que a causa de la hemorroide me produce sangrado anal que me afecta mi parte física, emocional y psicológica. Fui referido con urgencia, me extienden una solicitud de operación con prioridad alta y solo me dejan en una lista de espera en la que 4 meses esperando. Ya no puedo soportar esto, en toda posición el dolor es incapacitante, ir al baño para mi es una tortura real, no entiendo como puede la Caja despreocuparse y dejarme sufrir así, no tengo calidad de vida, sufro mucho, estoy angustiado, desesperado.

Considero teniendo mi representado una solicitud de hospitalización con prioridad alta, el hecho de que lo tengan ya por 4 meses en espera es desproporcionado y violenta su derecho fundamental a la salud.

PRUEBAS

1- Solicitud de hospitalización y consentimiento informado firmado.

FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Me fundamento en el artículo 29 de la Ley Jurisdiccional Constitucional, en los artículos 21, 48, 50 y 73 de la Constitución Política, en los artículos 4, 6 y 269.1 de la Ley General de Administración Pública, y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PETITORIA.

- 1- Se declare con lugar el presente recurso de amparo.
- 2- Se le realice de forma inmediata la cirugía que mi representado requiere.
- 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



Sistema Integrado de Expediente en Salud
Centro de Salud: 2306 - HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA
LIMENEZ
Centro de Salud Adscripción: 2342 - AREA DE SALUD CARTAGO

SOLICITUD HOSPITALIZACIÓN
Nº: 2022000261327

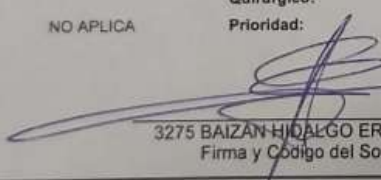
Tipo y N° Identificación: 0 302950966 Nombre: JOSE DANIEL ROJAS SANCHEZ
Servicio-Especialidad Ingreso: CIRUGIA CIRUGIA Área que Solicita: CONSULTA EXTERNA
GENERAL
Fecha: 07/10/2022 09:10:20 AM

Diagnóstico Presuntivo: -K642 HEMORROIDES DE TERCER GRADO

Procedimiento Presuntivo: -4946 EXTIRPACION DE HEMORROIDES

Observaciones: PARA H EMORROIDECTOMIA TIPO MILLIGAN MORGANN EJE DELAS 9 ENGP
SANO NO ALERGIAS
PREPARACION RECTAL METRONIDAZOL 500 MG IV PREOP
83875292/84752860

Prioritaria:	-	Procedimiento Quirúrgico:	SI	Procedimiento Ambulatorio:	CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Lateralidad:	NO APLICA	Prioridad:	ALTA	Lista espera:	SI
Fecha probable cirugía:				Fecha probable de hospitalización:	


3275 BAIZAN HIDALGO ERIC DIONISIO
Firma y Código del Solicitante

Impreso por: EBAIZAN-ERIC BAIZAN HIDALGO
Fecha: 07/10/2022 09:40 AM

Reporte
rpt_SIES_Solicitud_Hospitalizacion



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado escrito por parte de las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la institución, de conformidad con el Artículo 75, inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud, el Artículo 40 del Reglamento de Expediente de Salud, y el Artículo 12 del Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social y las demás normas atinentes a la materia.

El suscrito(a) **ROJAS SANCHEZ JOSE DANIEL**, cédula 302950966 en mi condición de **USUARIO** doy consentimiento informado para que:

I. AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS O PROGRAMAS

HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ - CIRUGIA CIRUGIA GENERAL

1. Se practique por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o programas que a continuación se detallan:

EXTIRPACION DE HEMORROIDES

RIESGOS PRINCIPALES DEL PROCEDIMIENTO: SANGRADO SEPSIS DOLOR ESTRECHEZ ANAL INCONTINENCIA FECAL

OBSERVACIONES: EN LITOTOMIA

II. AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES

2. Los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y en compañía del tutor, puedan en los exámenes y procedimientos que le sean realizados al usuario de los servicios de salud institucionales, con excepción de ; todo bajo supervisión del docente encargado.

Por tanto, hago constar que de previo a la firma de este consentimiento informado, se han cumplido las siguientes condiciones:

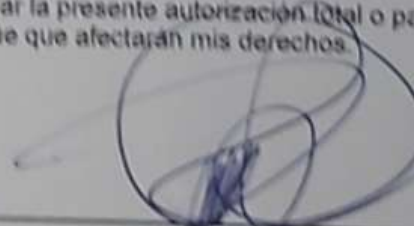
III. CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO

1. Recibí información suficiente y comprensible sobre los beneficios y riesgos relacionados con los procedimientos o actividades propuestas, por parte de un profesional quien manifiesta ser funcionario calificado del centro de salud.
2. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas a satisfacción. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de brindar mi consentimiento.

Aclaro, eso sí, que en cualquier momento podré cambiar de opinión y cancelar la presente autorización total o parcialmente, de lo cual se dejará constancia escrita en el expediente, sin que ello signifique que afectarán mis derechos.

IV. FIRMAS DEL FUNCIONARIO Y DEL USUARIO


NOMBRE DEL FUNCIONARIO
3275 BAZÁN MORALES ERIC DIONISIO
CIRUGIA CIRUGIA GENERAL
CEDULA O IDENTIFICACION: 0 / 105500646
Consentimiento Informado
Fecha: 07/10/2022


NOMBRE DEL USUARIO
ROJAS SANCHEZ JOSE DANIEL
CEDULA O IDENTIFICACION: 0 / 302950966
Fecha: 07/10/2022