



Caja Costarricense de seguro Social
Establecimiento de salud

F 7382137

Control

☒ Asistencia servicios de salud
☐ Trámites administrativos

Nombre del usuario <i>Vega Bermudez Steven</i>		N° de identificación <i>703390572</i>
Atendido en: <i>Hospital de Guapiles</i>	Servicio <i>Consulta ext.</i>	Especialidad <i>psiquiatria</i>
Fecha de asistencia cita/procedimiento <i>29-07-25</i>		Hora de asistencia cita/procedimiento <i>7:00 am</i>
Fecha de salida cita/procedimiento <i>29-07-25</i>		Hora de salida cita/procedimiento <i>7:15 am</i>
Nombre de acompañante(s) <i>[Signature]</i>		
Nombre funcionario que entrega el comprobante		Sello del servicio
Firma <i>Mirania Ramirez M</i>	fecha de emisión <i>29-07-25</i>	
Observaciones <i>se cancela cita por incapacidad de médica.</i>		



Caja Costarricense de Seguro Social
HOSPITAL DE GUAPILES
Comprobante para cita

Cita N° **202402659725**

MARTES 29 DE JULIO DE 2025

Hora **09:00 A.M.**

0 / 703390572

VEGA BERMUDEZ STEVEN DAVID

Servicio **PSIQUIATRIA**

Especialidad **PSIQUIATRIA**

Tipo de Consulta **NO APLICA**

Medio Atención **PRESENCIAL**

Sección **PSIQUIATRIA**

Consultorio **CONSULTORIO NUMERO 18**

Funcionario **FRANZ PETER BOLLMANN CHAMBERLAIN**

Observaciones:

Favor presentarse 15 minutos antes de su cita, con cédula al día y anunciarse en la recepción.

En caso de no poder asistir a su cita favor llamar al teléfono: 27106801/Ext:3568

Correo electrónico:

Emisión: 12/07/2024 07:01:49 AM

Usuario/Fecha asignó cita: ichaverr / Ines Gerardina Chaverri Quiros
17/01/2024 09:27:56 AM

Usuario imprime: rsgonzalez / Reyshel Sharlyn Gonzalez
Valderramos

Formularios Standard Tel: 2240-3443 / Cod. 4-50-02-4480 / 7-500.000 CN / Lote: 3204412 / O.C.: 2825 / CCSS / 000000071-0001101142



Caja Costarricense de Seguro Social
HOSPITAL DE GUAPILES

Comprobante para cita

VIERNES 12 DE JULIO DE 2024

Hora 08:00 A.M.

VEGA BERMUDEZ STEVEN DAVID

0 / 703390572

Servicio PSIQUIATRIA

Tipo de Consulta NO APLICA

Sección PSIQUIATRIA

Funcionario EDGAR DANIEL QUESADA ASTORGA

Observaciones:

Favor presentarse 15 minutos antes de su cita, con cédula al día y anunciarse en la recepción.

En caso de no poder asistir a su cita favor llamar al teléfono: 27106801 / Ext: 3568 Correo electrónico:

Emisión: 17/01/2024 09:27:56 AM Usuario/Fecha asignó cita: mramiremo / Mirania Ramirez Montero
Usuario imprime: mramiremo / Mirania Ramirez Montero



4. **REFERENCIA**
20240000074390

1. Riesgo excluido NO APLICA	Criterio de priorización	
	2. Consulta Externa	3. Urgencias
	A CUPO	-

I. Paciente

5. Nombre VEGA BERMUDEZ STEVEN DAVID		6. Fecha de nacimiento 21/04/2008	
7. Sexo MASCULINO	8. Tipo identificación CEDULA DE IDENTIDAD EN REGISTRO CIVIL		
9. Número de identificación 703390572		10. Tipo consulta CONSULTA PRESENCIAL	
11. Residencia habitual: (Provincia) LIMON	(Cantón) POCOCI	(Distrito) CARIARI	
12. Dirección exacta: CARIARI CENTRO 1 25 SUR Y 25 OESTE DEL CECUDI			
13. Número de teléfono del paciente (CEL) 86782277		14. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
15. Nombre de la madre BERMUDEZ MORA ROCIO		16. Nombre del padre VEGA NUÑEZ JEFREY	



ND
Cupo
17-7-20

II. Centro que refiere o contra-refiere

17. Nombre del centro HOSPITAL DE GUAPILES		18. Área de atención MEDICINA MEDICINA GENERAL	
19. Servicio MEDICINA	20. Especialidad o disciplina MEDICINA GENERAL	21. Tipo consulta	
22. Nombre del profesional BENDIG ZAMORA IVANNIA		23. Código 8172	24. Número de teléfono y extensión del profesional TEL: 27106801 EXT: 3681

III. Centro al que refiere o contra-refiere

25. Nombre del centro HOSPITAL DE GUAPILES		26. Área de Atención CONSULTA EXTERNA	
27. Servicio PSIQUIATRIA	28. Especialidad o disciplina PSIQUIATRIA	29. Tipo consulta NO APLICA	
30. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

IV. Cita

31. Cita recomendada Hora: _____ Día: _____	31.1 Justificación 1.()Horario Laboral 2.()Cita Múltiple 3.()Lugar de residencia 4.()Institucional 5.()Medio de transporte 6.()Otro	32. Cita otorgada Hora: _____ Día: _____
33. Especialidad	34. Nombre funcionario de REDES que asignó la cita	35. Fecha de trámite

Cód. 4-70-04-0140

1 El paciente debe presentarse con 15 minutos de anticipación a la hora fijada para la atención, transcurrido este tiempo, podrá reasignarse la cita para evitar la pérdida de cupo.

V. Resumen de historia clínica

Impreso por: IBENDIG Ivannia Bendig Zamora
Fecha: 09/01/2024 03:58 PM
Servicio que Generó: MEDICINA MEDICINA GENERAL

Reporte (NONE)
Rpt_SIES_Referencias



36. Antecedentes

Subjetivos (Incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	PACIENTE MASCULINO 15 AÑOS DE EDAD APP: AUTISMO (EN CONTROL EN PSIQUIATRIA DEL HG) APNP: NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, NIEGA OH, TABACO, DROGAS AQX: APENDICECTOMIA PCTE QUIEN ESTUVO CON DRA. SHAPIRO EN CONTROL. MADRE SOLICITA REFERENCIA PARA CONTINUAR CONTROL SIN EL MENOR DESAFIANTE , NO QUIERE TOMARSE LOS TRATAMIENTOS . CUANDO NO SE TOMA LOS TRATAMIENTOS , SE MUERDE LOS CARRILLOS. EN EL COLEGIO PASÓ BIEN LAS NOTAS. PERMANECERÁ EN EL MISMO COLEGIO HUBO MUCHA QUEJA ESTE AÑO. PCTE REFIERE QUE NO TIENE PROBLEMA CON LOS PROFESORES ESTRUCTOS. TUVO QUE IR A CONVOCATORIA EN FRANCÉS	
Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	NOTA DE DRA SHAPIRO VIENE CON LA MAMA ME CUENTA QUE LE FALTÓ JUGUETES LA SEÑORA NOTA QUE ESTA MUY REPETITIVO,IRRITABLE, NO QUIERE HACER LAS TAREA EN CASA, NO SE TOMA LA MEDICACIÓN DE FORMA ADECUADA, VA PARA 9NO, TUVO QUE IR A CONVOCATORIA DE FRANCES OBJETIVO: EL CHICO RECONOCE QUE DEBE TOMARSE LA MEDICACIÓN	
Diagnósticos de la Atención	F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ	Observaciones 09/01/2024 03:55:19 PM -
Análisis (Incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	AUTISMO EN LA NIÑEZ	
Plan de manejo (Incluye tratamiento)	REF A PSIQUIATRÍA	
Motivo de referencia o contra-referencia	IMIPRAMINA 25 MG / D METILFENIDATO UNA TABL / D	



CENTRO DE SALUD: 2602 HOSPITAL DE GUAPILES

37. Incapacidad desde _____ hasta _____ Número de días _____ 38. Alta ² NO

² Se considera alta en la especialidad, para los efectos estadísticos: *la decisión facultativa del profesional en dar por resuelto el o los problemas tratados durante el episodio de atención finalizado.*

Validación Referencia

Paciente: 0 / 703390572 VEGA BERMUDEZ STEVEN DAVID

No Registra Información

09/01/2024 03:58:01 PM

Firma y código del profesional

Fecha

V°B° Director o Jefatura de Servicio

8172 - Ivannia Bendig Zamora