

SEPTIEMBRE 25, 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 DE NIÑOS

Quien suscribe, Lic. Henry Rodríguez Ramírez, cédula 109800594, en favor y representación de **ABIGAIL GOMEZ NAVARRO, menor de edad, soltera, con residencia en el cantón de Cartago, con identificación número 305870486**, 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 SU MADRE:

Abigail es menor de 13 años.

El año pasado le vimos una escoliosis corrimos para que la vieran en el hospital de niños y la aceptaron. Dijeron que era de operación. Primero me indicaron que estaban atrasados porque tenían dos años de atraso en operaciones de escoliosis por la pandemia. Porque tenían que dejarla internada por el tipo de operación que es.

Y luego el 16 de setiembre me indican que no le ha aumentado la escoliosis pero que no están operando porque no tienen camas por la saturación que tienen En el hospital.

Considero que el hecho que no le realicen la cirugía indicando que no tienen camas disponibles, es una negativa clara a dar el servicio y esto violenta su derecho fundamental a la salud.

PRUEBAS

- 1- Referencia medica
- 2- Imagen médica.

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.

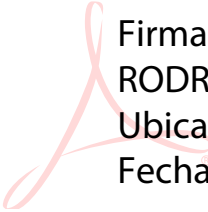
PETITORIA.

- 1- Se declare con lugar el presente recurso de amparo.
- 2- Se le asigne de forma inmediata una cita para la cirugía que mi representada requiere, sin argumentar falta de camas o espacio.
- 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.

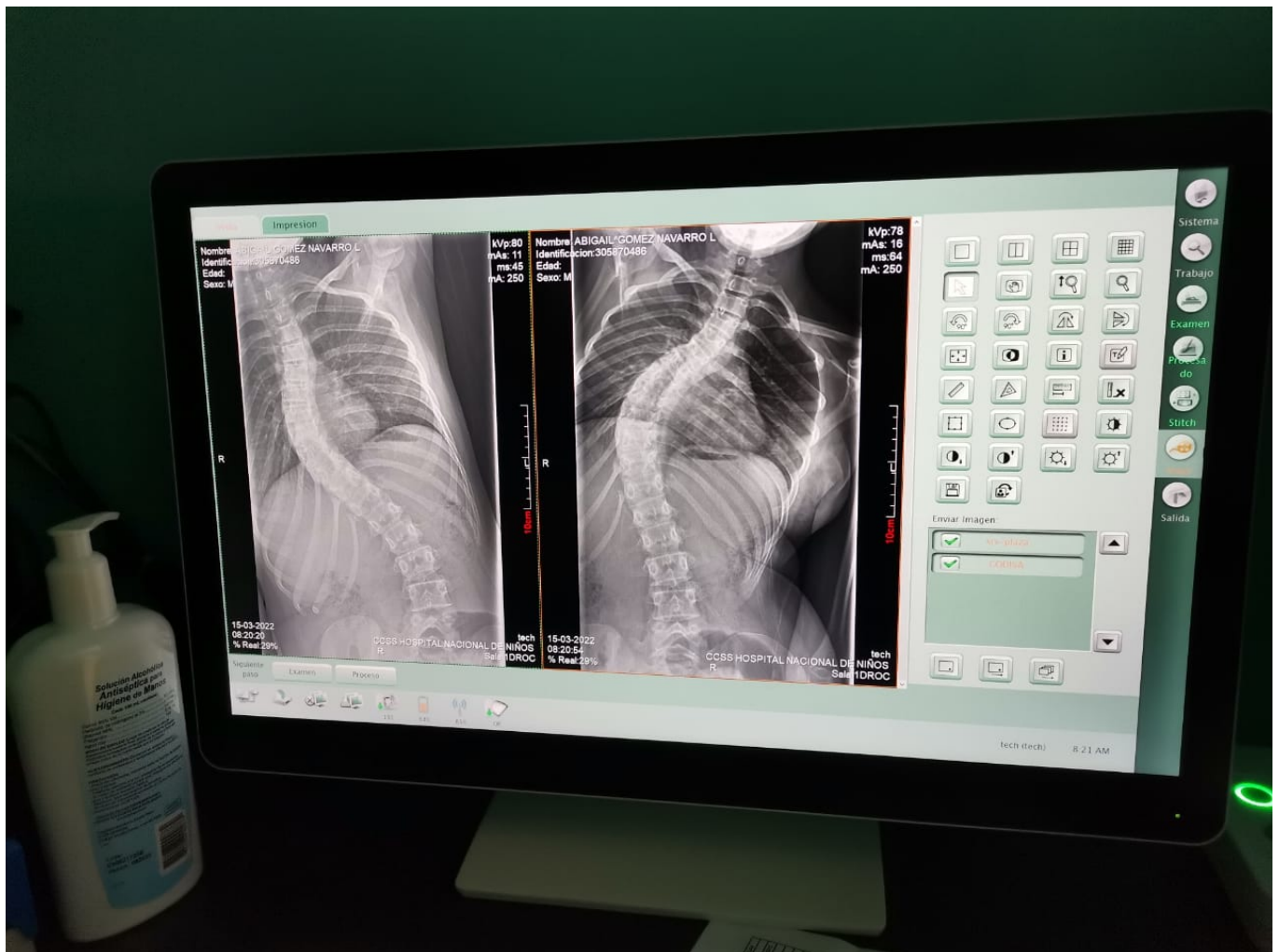
Notificaciones: Las recibiré al correo notificaciones@crderecho.com

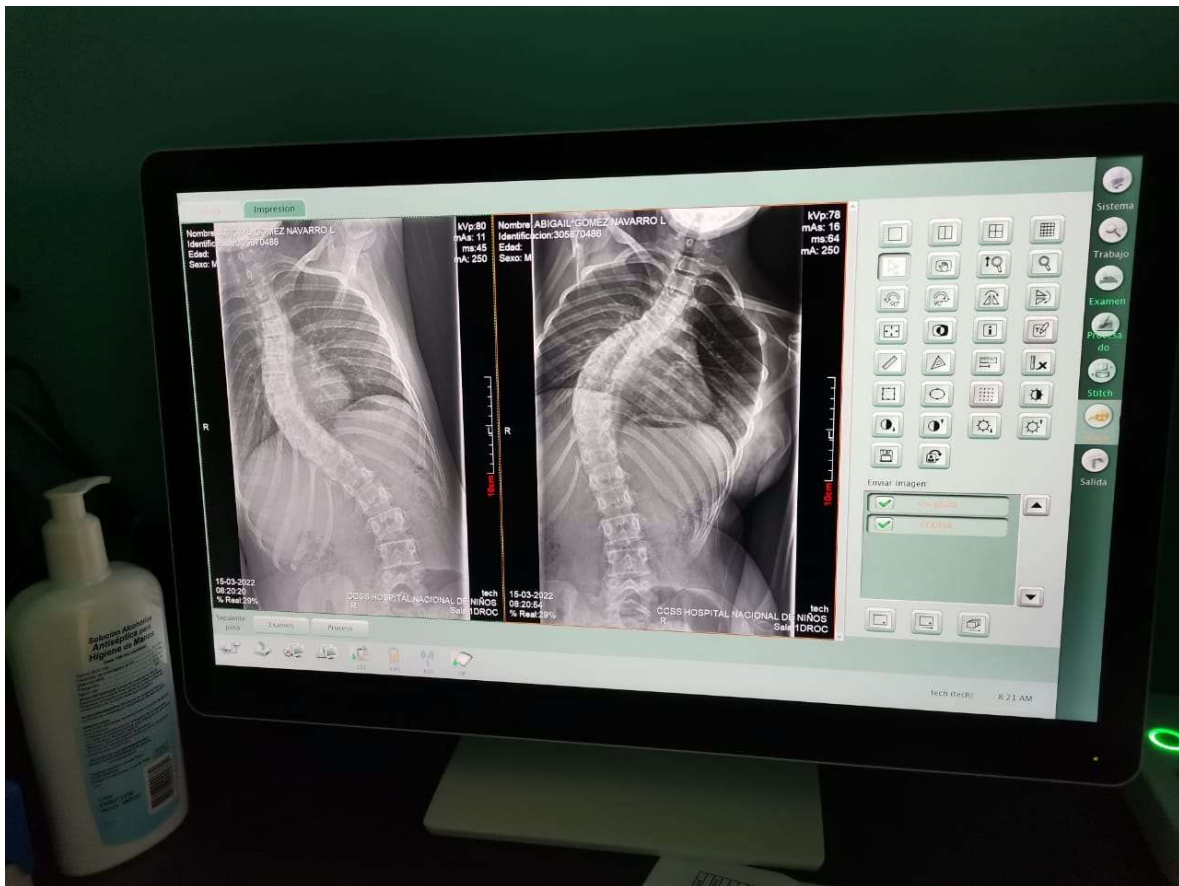


LIC HENRY RODRIGUEZ R
ABOGADO COD:32516



Firmado digitalmente por HENRY
RODRIGUEZ RAMIREZ (FIRMA)
Ubicación: Alajuela
Fecha: 2022.09.25 09:10:05 -06'00'







CENTRO DE SALUD: 2306 HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ

4. REFERENCIA
20210002106379

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

I. Paciente

5. Nombre GOMEZ NAVARRO ABIGAIL		6. Fecha de nacimiento 22/07/2009	
7. Sexo FEMENINO	8. Tipo identificación CEDULA DE IDENTIDAD EN REGISTRO CIVIL		
9. Número de identificación 305870486		10. Tipo consulta CONSULTA PRESENCIAL	
11. Residencia habitual: (Provincia) CARTAGO	(Cantón) EL GUARCO	(Distrito) EL TEJAR	
12. Dirección exacta: HACIENDA VIEJA DE LA BASILICA DE TEJAR 400 MTS ESTE 50 MTS SUR Y 100 MTS ESTE.C24 M12 HDA VIEJA			
13. Número de teléfono del paciente (CEL) 86761612		14. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
15. Nombre de la madre NAVARRO ORTEGA MARIA FERNANDA		16. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

17. Nombre del centro HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ		18. Área de atención URGENCIAS MEDICINA DE EMERGENCIA	
19. Servicio URGENCIAS	20. Especialidad o disciplina MEDICINA DE EMERGENCIA	21. Tipo consulta	
22. Nombre del profesional OCHOA PEREZ MARIA FERNANDA		23. Código 13106	24. Número de teléfono y extensión del profesional TEL: 25501999 EXT: 1911

III. Centro al que refiere o contra-refiere

25. Nombre del centro HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS CARLOS SAENZ HERRERA		26. Área de Atención CONSULTA EXTERNA	
27. Servicio PEDIATRIA	28. Especialidad o disciplina ORTOPEDIA	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



36. Antecedentes

Subjetivos (Incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	PTE FEM 12 AÑOS Y 3 MESES APP: NIEGA APNP: NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA AQX: NIEGA AHF: NIEGA PADRE REFIERE MESES DE EVOLUCION DE DOLOR DE ESPALDA, LA SEMANA PASADA LE NOTA ASIMETRIA, LA LUMBALGIA ES INTERMITENTE, NIEGA LIMITACION FUNCIONAL NO DISNEA NO PERDIDA DE PEO NO SUDORACION NOCTURNA NIEGA OTROS INTOMAS O LESIONES NO SINTOMAS RESPIRATORIOS NO CONTACTO COVID 19	
Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	SIGNOS VITALES TEMPERATURA: 36.2 °C SATURACIÓN OXÍGENO: 98.0 % FREC. CARDÍACA: 102 LPM FREC. RESPIRATORIA: 20 RPM PACIENTE, CONSCIENTE, ALERTA, AFEBRIL. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES LIMPIOS. MURMULLO VESICULAR SÍMETRICO. SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA O USO DE MUSCULOS. ACCESORIOS. EXPANSION TORACICA SIMETRICA CON ASIMETRIA EN PARED COSTAL DERCHA ORL: MUCOSA ORAL HIDRATADA, OROFARINGE SIN HIPEREMIA O EXUDADOS, CANALES AUDITIVOS EXTERNOS SIN ERITEMA. MEMBRANAS TIMPANICAS INTEGRAS SIN ERITEMA O ABOMBAMIENTO. NO SE PALPAN ADENOPATIAS. ABDOMEN BLANDO/DEPRESIBLE, SIN DATOS DE IRRITACION PERITONEAL. PERISTALSIS ADECUADA. SIN MASAS O VISCEROMEGALIAS. NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACIÓN. LLENADO CAPILAR INMEDIATO, SIGNO DE PLIEGUE NEGATIVO. NEUROLOGICO INTEGRO. SIN LESIONES EN PIEL.	
Diagnósticos de la Atención	Observaciones	
M418 - OTRAS FORMAS DE ESCOLIOSIS	14/11/2021 06:46:22 PM -	
Análisis (Incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	REVALORACION SE DOCUMENTA EB RX CIFOESCOLIOSIS Y POR CLINICA POR LO QUE SE ENVIARA A REHABILITACION Y ORTOPEDIA SIN DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN OTRAS MOLESTIAS EN ESTE MOMENTO	
Plan de manejo (Incluye tratamiento)	VALORACION DE CIFOESCOLIOSIS POR ESPECIALISTA Y SEGUIMIENTO DE CASO	



Caja Costarricense de Seguro Social
Sistema Integrado de Expediente en Salud

14/11/2021 06:47:32 PM

Página: 3 de 3

CENTRO DE SALUD: 2306 HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ

Motivo de referencia o contra-referencia	CIFOESCOLIOSIS		
37. Incapacidad desde	_____ hasta	Número de días	38. 2 NO Alta

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 / 305870486 GOMEZ NAVARRO ABIGAIL
No Registra Información

	14/11/2021 06:11:29 PM	
Firma y código del profesional	Fecha	V°B° Director o Jefatura de Servicio
13106 - Maria Fernanda Ochoa Perez		



Caja Costarricense de Seguro Social
2103 - HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS CARLOS
Comprobante para cita

Cita N° 202115666676

MARTES 16 DE NOVIEMBRE DE 2021

0 / 305870486 GOMEZ NAVARRO ABIGAIL

Hora 08:00 A.M.

Servicio PEDIATRIA
Tipo de Consulta CONSULTA DE COLUMNA
Sección 1ER PISO EDIF. PRINCIPAL
Funcionario MONICA MARIA ALFARO ZAMORA

Especialidad ORTOPEDIA
Medio Atención PRESENCIAL
Consultorio CONSULTORIO 13

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: 25233600 / Ext: 4252

Emisión: 16/11/2021 07:18:01 AM Usuario/Fecha asignó cita: gomezv / Carminit Rila Perez Thales 16/11/2021 07:18:00 AM

Usuario Impresora: gomezv / Carminit Rila Perez Thales



Caja Costarricense de Seguro Social
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS CARLOS SAENZ

Cita N° 202115665559

Comprobante para cita

VIERNES 16 DE SEPTIEMBRE DE 2022
Hora 11:00 A.M.

0 / 305870486 GOMEZ NAVARRO ABIGAIL

Servicio PEDIATRIA

Tipo de Consulta CONSULTA DE COLUMNA

Sección 1ER PISO EDIF. PRINCIPAL

Funcionario MAX DANIEL MENDEZ SALAZAR

Especialidad ORTOPEDIA

Medio Atención PRESENCIAL

Consultorio CONSULTORIO 13

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: 25233600 / Ext. 4252

Emisión: 15/03/2022 09:43:41 AM Usuario/Fecha asignó cita: cperezv / Carmen Rita Perez Viales
15/03/2022 09:43:41 AM

Usuario impresión: cperezv / Carmen Rita Perez Viales

Identificación: 0 / 305870486

ABIGAIL GÓMEZ NAVARRO

Fec. Nac: 22/07/2009

Edad: 13 Años, 1 meses y 25 días. Sexo: FEMENINO

2103 - HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS CARLOS SAENZ HERRERA

Servicio: PEDIATRIA

Especialidad: ORTOPEDIA

Funcionario: 7374 / MAX DANIEL MENDEZ

MEDICO ESPECIALISTA: *iente*

Fecha y hora imp: 16/09/2022 12:38:46 PM

Criterio de priorización

- ☐ Prioridad
☐ A cupo

Especializados

☐ Cédula

N° de identificación

lo como:

☐ 1. Hombre ☐ 2. Mujer

electrónico

(Distrito)

☐ 2. Emergencias ☐ 3. Hospitalización☐ 5. Visita Domiciliar☐ 7. Medicina Mixta☐ 4. Pediatría ☐ 7. Psiquiatría ☐ 8. Otro

Nombre del profesional en salud:

Código:

Número de teléfono y extensión del profesional

III. Descripción del estudio o procedimiento

Estudio o Procedimiento solicitado:

Lateralidad

☐ Derecho ☐ Izquierdo
☐ Ambas ☐ No aplica☐ Para ser tomado y enviado☐ Para ser tomado y reportadoTipo de solicitud ☐ Nuevo ☐ Prog. de Tamizaje
☐ Control en _____

Diagnóstico presuntivo:

Signos vitales

Peso _____ Talla _____

IMC _____ PA _____

Peso _____ Talla _____

Antecedentes importantes

Alergias

Resultados de laboratorio relevantes

Resultados de laboratorio asociados al estudio o procedimiento solicitado (para estudios contrastados y/o intervencionismo):

CREATININA-NU:

PRUEBAS DE COAGULACIÓN:

EGO:

Objetivo del estudio o procedimiento

Firma del profesional en salud solicitante

V°B° Nombre y firma de Jefatura de unidad que solicita

Código

IV. Establecimiento de salud de resolución del procedimiento

Nombre del establecimiento:

Servicio ☐ 1. Medicina ☐ 2. Cirugía ☐ 3. Gineco-Obstetricia
☐ 4. Pediatría ☐ 7. Psiquiatría ☐ 8. Otro

Especialidad:

V. Resolución de la cita

Fecha de la cita para el procedimiento:

Hora de la cita para el procedimiento:

Nombre del funcionario que da la cita:

Fecha de trámite: