

NOVIEMBRE 22, 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

CENTRO MEDICO RECURRIDO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Quien suscribe, LIC. HENRY RODRIGUEZ RAMÍREZ, cédula 109800594, abogado carnet 32516, en favor y representación de **PABLO MURILLO AZOFEIFA**, Casado, Ayudante de Mantenimiento en jardinería, con residencia en el cantón de Puriscal de San José, con identificación número 107670018, 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:

Mi caso se da debido a un accidente en el cual sufrí de un golpe muy fuerte en el brazo. Desde ese momento quedé con serios problemas en el hombro que llegan al punto de permitir que se me desmonte constantemente. Al acudir al médico, este me indica que tengo un problema conocido como "gomita" y que es necesario recibir ayuda de un especialista en ortopedia. De esta forma, me programaron una cita, sin embargo, la **fecha de esta cita es para hasta setiembre de 2024**, es decir, en casi un año. Esto representa un gran problema para mí, pues el dolor en el brazo interfiere con mi trabajo diario como ayudante de mantenimiento en jardinería. Se trata de un trabajo en el que debo realizar fuerza y utilizar mis brazos en todo momento, por lo que es sumamente difícil para mí soportar el dolor mientras me desempeño en mi trabajo, que se ve afectado negativamente.

Desde el día en el que me lesioné mi trabajo se me ha dificultado más de lo normal, lo que me causa mucho estrés y tristeza al saber que no me desempeño de la misma forma. Ahora bien, pensar en que esto va a seguir pasando hasta el otro año a pesar de que se trata de una emergencia para mí me causa mucha ansiedad. Falta demasiado tiempo para que sea siquiera valorado por el especialista, de manera que falta mucho más para encontrar una cura. Esto significa que vendrán días de dolor intenso y dificultades sin ser atendido, y que esto se prolongará por casi un año.

Pido ayuda de todo corazón porque mi trabajo es mi medio de sustento y no puedo realizarlo como antes, lo que lo pone en peligro. Asimismo el dolor me consume a diario,

en cada actividad y no solamente en mi trabajo. Ya no quiero seguir sintiendo esa ansiedad al levantarme todos los días y saber que debo ir a trabajar con un gran dolor. Esto ha disminuido mi calidad de vida en gran medida. Agradezco toda ayuda posible.

Considero que el tiempo asignado para recibir ayuda médica es extenso e inadecuado para el caso de mi representado, lo que afecta su calidad de vida y violenta su derecho fundamental a la salud.

PRUEBAS

- 1- Comprobante de cita: 10 de setiembre de 2024.
- 2- Referencia para ortopedia: Hospital San Juan de Dios.

PETITORIA.

- 1- Se declare con lugar el presente recurso de amparo.
- 2- Se reprogramme la cita asignada para una fecha más pronta y adecuada que responda ante la urgencia del caso de mi representado.
- 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 electrónico notificaciones@crderecho.com



SUPRALEGAL
ABOGADOS

TELÉFONOS 4000-1330 / 6009-9160

HENRY@CRDERECHO.COM

Formulario de historia clínica y datos del paciente. Incluye campos para: 1. Paciente (Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento), 2. Centro de salud (Nombre, Tipo de consulta), 3. Servicio (Especialidad o disciplina), 4. Historia clínica (Antecedentes, Objetivos, Signos vitales, Examen físico, Diagnóstico, Plan de manejo, Motivo de referencia o contra-referencia).

Formulario de historia clínica y datos del paciente. Incluye campos para: 1. Paciente (Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento), 2. Centro de salud (Nombre, Tipo de consulta), 3. Servicio (Especialidad o disciplina), 4. Historia clínica (Antecedentes, Objetivos, Signos vitales, Examen físico, Diagnóstico, Plan de manejo, Motivo de referencia o contra-referencia).

Formulario de historia clínica y datos del paciente. Incluye campos para: 1. Paciente (Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento), 2. Centro de salud (Nombre, Tipo de consulta), 3. Servicio (Especialidad o disciplina), 4. Historia clínica (Antecedentes, Objetivos, Signos vitales, Examen físico, Diagnóstico, Plan de manejo, Motivo de referencia o contra-referencia).

TELÉFONOS 4000-1330 / 6009-9160 HENRY@CRDERECHO.COM ALAJUELA - COSTA RICA.