



XII SEMANA DE LA SALUD PREVENTIVA-2017
COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA
PERIODO DE AMPLIACION DE SERVICIOS HASTA 11 DE AGOSTO 2017
En Centro Clínico Orozco, Santo Domingo de Heredia
DOCUMENTO B : SOLICITUD SERVICIOS MÉDICOS



1. Nombre del agremiado(a) _____ No.Solicitud _____
2. No. Cédula: _____ No. Carné: _____
3. Tel ofic: _____ Fax _____ Celular _____ E-mail _____
4. Solicito los servicios médicos para: Agremiado, Cónyuge, Hijo (a)
5. Nombre de cónyuge: _____ Ced. _____ Edad: _____
6. Nombre de hijo (a): _____ Ced. _____ Edad: _____
7. Nombre de hijo (a): _____ Ced. _____ Edad: _____

Programación de citas: Favor indicar a continuación el **día y hora tentativa de cita**, acorde con el horario señalado en punto 2 del DOCUMENTO A-INFORMATIVO GENERAL. La hora y fecha de **cita de exámenes del paquete básico se refiere a la toma de muestra de sangre en ayunas, en el Centro Clínico Orozco.**

Fechas y horarios de exámenes del paquete básico y cita de valoración Del 26 de Junio al 11 de Agosto 2017. Los días MARTES, JUEVES Y SABADO DE 7:00 am a 12:00 am. El chequeo completo lo puede realizar en un solo día. El tiempo aproximado del chequeo completo es de dos horas y media Ver documento informativo para mayor claridad	Indicar día y hora tentativa de exámenes Horario: Martes, Jueves y Sábados De 07:00 am a 12:00 md
--	--

PAQUETE BASICO

Servicios médicos adicionales con pago previo	Precio	Indicar fecha y hora de cita tentativa. Horario: MARTES, JUEVES SABADO hasta el 11 de Agosto 2017
Perfil tiroideo	¢ 23.000,00	
Ultrasonido abdomen (Solo en Alajuela)	¢ 32.500,00	
Ultrasonido de mamas(Solo en Alajuela)	¢ 35.500,00	
Consulta dermatológica	¢ 35.000,00	

PROVEEDOR DE SERVICIOS MEDICOS: Centro Clínico Orozco (CCO).

Central. 2249-4333 Correo asesoriapreventiva@ccocr.com

Dirección: Costado Oeste Banco Nacional, Santo Domingo Heredia, Plaza Comercial Casa Vieja. Local 28.

El pago para recibir el servicio de salud, incondicionalmente debe efectuarse previo a su cita

Manifiesto que he realizado el pago el día.....por la suma de ¢..... por:

Depósito, Transferencia, Cajas del Colegio y me encuentro al día en el pago de la colegiatura.

Autorizo para que los avisos o mensajes recordatorios de fechas de citas sean enviados al celular: Si.... No....

Quedo informado de forma inequívoca, que las fecha de citas de exámenes ADICIONALES que he solicitado NO se cambian y en caso de NO asistencia se retendrá la totalidad del monto pagado, en virtud del contrato de servicios entre el Colegio con el Proveedor.

Firma agremiado (a): _____ Fecha: _____ Hora _____

Para uso Oficina Seguridad Social: _____