



**SOLICITUD DE CITA EN CONSULTORIO MEDICO**  
**COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA – ZAPOTE**  
**Horario actual: MIERCOLES DE 1 A 5 PM, JUEVES DE 8 AM A 12 MD**  
**Oficina Seguridad Social Tel. 2280-7922 , [consultoriomedico@colabogados.cr](mailto:consultoriomedico@colabogados.cr)**  
**Valor consulta médico general ₡ 15.000,00**



1. Nombre del Agremiado(a) \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_
2. No. Cédula: \_\_\_\_\_ No. Carné: \_\_\_\_\_ Tel cel. \_\_\_\_\_ Tel Of \_\_\_\_\_
3. E-mail \_\_\_\_\_
4. Solicito Cita para:  Mi Persona,  Cónyuge,  Hijo (a),  Otros (vínculo) \_\_\_\_\_
5. Nombre Paciente/cónyuge \_\_\_\_\_ Ced \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_
6. Nombre Paciente/hijo(a) \_\_\_\_\_ Ced. \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_
- 7- Nombre Paciente/otros \_\_\_\_\_ Ced \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

**Programación de citas:** Favor indicar a continuación día y hora solicitado de cita, acorde con el horario señalado. **La Oficina de Seguridad Social confirmará cita, según disponibilidad de espacios, a su correo o celular y un recordatorio el día antes.**

Fecha y hora de cita solicitada
_____

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información adicional:** *Llene este formulario digitalmente o impreso y lo envía al correo indicado o lo entrega en Seguridad Social. El pago de la consulta, cuyo valor es de ₡ 15.000,00 por persona, lo efectúa directamente con el Consultorio. La cita le será confirmada a su correo o teléfono. Para más información, en la web del Colegio, ver documento CONSULTORIO MEDICO. (set.2018)*