**Autorización de Ingreso al Consultorio**

Por este medio se autoriza al Sr(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad \_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_, funcionario de la Caja Costarricense del Seguro Social el ingreso a las instalaciones del Consultorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para realizar la evaluación del cumplimiento de la normativa del Sistema Mixto de Atención en Salud.

(En consultorio colocar número de resolución del permiso sanitario de funcionamiento)

La no autorización de esta visita de supervisión constituye la inactivación en el Sistema de acuerdo a Artículo 21°, inciso a), punto xiii del Reglamento.

AUTORIZADO: NO AUTORIZADO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que autorizada Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del Funcionario de la CCSS Sello del Área de Salud