REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS/AS

**Fecha: .…./…../……….**

**DATOS DEL MÉDICO**

Apellidos: ................................................................... Nombre: ..............................

DNI: .................................. Nº Colegiado/a: ....../......./...........

Fecha de nacimiento: …../…../………. Sexo: Hombre □ Mujer □

**Dirección de trabajo**

Centro: ...............................................................

Servicio/Pueblo:.................................................. Calle:...................................................................... Teléfono:...............................

CP: ...................... Población: ................................................................................

Provincia...................................................................

**Dirección de contacto**

Calle:...................................................................... Teléfono:...............................

CP:......................Población:......................................Provincia.................................

Correo electrónico: ......................................................@.......................................

**RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS**

**¿Hubo testigos?** □ Si □ No

**Datos de los testigos:** (Nombre y Teléfono)

**DATOS DE LA AGRESIÓN**

Fecha: …../.…./…….... Hora: ….:….

**Tipo de agresión:**

□ Insultos □ Amenazas □ Difamaciones

□ Física □ Daños materiales □ Otros: ……………

**Centro en el que se ha producido la agresión:**

□ Público □ Privado

□ Centro Salud □ Hospital □ Centro Especialidades

□ Urgencias Hospital □ Urgencias A. Primaria

□ Domicilio paciente □ Calle

**¿Ha necesitado tratamiento?** □ Si □ No

□ Farmacológico □ Quirúrgico □ Psiquiátrico □ Psicológico

**Tratamiento por:**

□ Atención Primaria □ Hospital □ Consulta Privada

□ PAIME □ Otros:…………………………

**¿Existe parte de lesiones?** □ Si □ No

□ Físicas □ Psíquicas □ Ambas

**¿Ha acudido a Salud Laboral?** □ Si □ No

**Donde ha comunicado la agresión:**

□ Colegio □ Centro de trabajo □ Ambos

**DATOS DEL AGRESOR**

Apellidos: ...................................................................... Nombre: ...........................

DNI: .................................. Fecha nacimiento: ...../......./......... Sexo (H/M): ..........

**Tipología:**

□ Paciente programado □ Paciente no programado

□ Paciente Urgente □ Usuario del centro

□ Desplazado □ Familiar □ Acompañante

**Antecedentes:**

□ Paciente con toxicomanía □ Paciente psiquiátrico

□ Paciente con enfermedad orgánica □ Otros: …………………..………..

**Causas:**

□ No recetar medicación requerida por paciente.

□ Demora en la atención.

□ Discrepancias en la atención médica.

□ Discrepancias en el trato.

□ Malestar con el funcionamiento interno del centro.

□ En relación con la incapacidad laboral.

□ Emitir informes médicos en desacuerdo a sus exigencias.

□ Otros: …………………………………………………………………………………

**ACTUACIONES:**

**¿Ha presentado denuncia?** □ Si □ No

**¿Ha sufrido agresiones previas?** □ Si □ No Nº: \_\_\_\_

**¿Hay constancia de anteriores agresiones en el Centro?** □ Si □ No

**¿Por el mismo agresor?** □ Si □ No

**¿Se tramitó baja laboral?** □ Si □ No

¿Como accidente de trabajo? □ Si □ No

Motivo baja laboral: ………………………………………………………………

Tiempo estimado de la baja laboral: ……… días

**¿Hay Vigilantes de Seguridad en el Centro?** □ Si □ No

En caso afirmativo: ¿Intervinieron? □ Si □ No

**¿Se aviso a las Fuerzas de Seguridad?**  □ Si □ No

En caso afirmativo: ¿Cuanto tiempo tardaron en acudir?: ………….

¿Llegaron a tiempo de intervenir? □ Si □ No

**¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de su empresa?** □ Si □ No

□ Legal □ Psicológico □ Ambos

**¿Recibió apoyo de otros organismos?** □ Si □ No

 Especificar:………………………………………………………………

**¿Cuáles cree que serian las medidas más adecuadas a tomar?**

|  |
| --- |
|  |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_

Firma:

Los datos de carácter personal que Vd. nos facilita son incluidos en un fichero debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de datos, con el nombre “…………………”, del que es titular el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de ………………………... La finalidad del tratamiento es comunicar a la Administración los lugares en los que hay más riesgo de agresiones a profesionales, con el fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública. Conforme a lo dispuesto en la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito dirigida a: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de , calle de . La cumplimentación del presente formulario comporta el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión a los organismo señalados de sus datos conforme a las finalidades manifestadas.

NO SE INCLUYE EN EL FORMULARIO DE CAPTACIÓN DE DATOS, PERO CADA COLEGIO SERÁ RESPONSABLE DE CONTROLAR

**¿Se tramitaron diligencies previas?** □ Si □ No

Juzgado: ………………………………………………………………………

Diligencias Nº: ………………………………………………………………

**¿Se celebró juicio?** □ Si □ No

En caso afirmativo, ¿fue condenatorio? □ Si □ No