



## **REGISTRO DE AGRESIONES**

(En base al formulario elaborado por el Consejo General de Colegios Médicos)

## **REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS/AS**

**COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GUADALAJARA**

Fecha: ...../...../.....

**DATOS DEL MÉDICO**

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

DNI: ..... N° 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 le 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:

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paciente programado | <input type="checkbox"/> Paciente no programado |                                      |
| <input type="checkbox"/> Paciente Urgente    | <input type="checkbox"/> Usuario del centro     |                                      |
| <input type="checkbox"/> Desplazado          | <input type="checkbox"/> Familiar               | <input type="checkbox"/> Acompañante |

### Antecedentes:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente con toxicomanía         | <input type="checkbox"/> Paciente psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Paciente con enfermedad orgánica | <input type="checkbox"/> 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 N°: \_\_\_\_

¿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 Guadalajara, 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 "COLEGIADOS", del que es titular el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara, 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 Guadalajara, Avenida del Ejército nº 9-B C.P 19004, Guadalajara. 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.