



**Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de Zaragoza**

REGISTRO DE AGRESIONES

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE _____

CODIFICACION: __/__/__/__/__

(aa/mm/dd/__/nº)

DATOS DEL MÉDICO

Apellidos*: Nombre*:

DNI*: Nº Colegiado/a:/...../.....

Fecha de nacimiento:/...../.....

Sexo: Hombre

Mujer

Dirección de trabajo

Centro*:

Servicio/Pueblo*:.....

Dirección de contacto

Teléfono*:.....

Correo electrónico*:@.....

RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS. (Debe omitirse cualquier dato sobre el estado de salud o detalles específicos de la asistencia médica prestada).

¿Hubo testigos?*

Sí No

Datos de los testigos*: Nombre y Teléfono - (Solicitando su consentimiento verbal)

Nota - Para una correcta cumplimentación del documento, por favor rellene todos los campos marcados con asterisco. Gracias.

DATOS DE LA AGRESIÓN

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

Hora*::....

Tipo de agresión*:

- Insultos Amenazas Difamaciones
 Física Daños materiales
 Otros (especificar):

Centro en el que se ha producido la agresión*:

- Público Privado
 Centro Salud Hospital Centro Especialidades
 Urgencias Hospital Urgencias no hospitalarias
 Domicilio paciente In itinere
 Telemático y Otros (especificar):.....

¿Ha necesitado atención sanitaria?* Sí No

¿Se le ha prescrito tratamiento?* Sí No

Farmacológico Quirúrgico Psiquiátrico Psicológico

Tratamiento por:

- Atención Primaria Hospital Consulta Privada
 PAIME Otros (especificar):

¿Existe parte de lesiones? * Sí No

Físicas Psíquicas Ambas

¿Ha acudido a Salud Laboral? * Sí No

¿Dónde ha comunicado la agresión? *

Colegio Centro de trabajo Ambos

Nota - Para una correcta cumplimentación del documento, por favor rellene todos los campos marcados con asterisco. Gracias.

Daños materiales * Sí No

DATOS DEL AGRESOR

¿El /los agresores están identificados?*

Sí No

LOCALIDAD*: Sexo (H/M)*:

Edad del agresor*: <40 años 40-60 años > 60 años

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 (especificar):

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 (especificar):

ACTUACIONES*:

¿Ha presentado denuncia?* Sí No

Nota - Para una correcta cumplimentación del documento, por favor rellene todos los campos marcados con asterisco. Gracias.

¿Dónde ha presentado denuncia?* Fiscalía Policía/ Guardia Civil Juzgado

¿Quiere que le ayudemos a presentar denuncia? * Sí No

¿Ha sufrido agresiones previas?* Sí No N°: _____

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

¿Por el mismo agresor? * Sí No

¿Se tramitó baja laboral?* Sí No

¿Como accidente de trabajo? Sí No

Motivo baja laboral:

¿Hay Vigilantes de Seguridad en el Centro?* Sí No

En caso afirmativo: ¿Intervinieron? Sí No

¿Se avisó a las Fuerzas de Seguridad?* Sí No

En caso afirmativo: ¿Cuánto tiempo tardaron en acudir?:

¿Llegaron a tiempo para intervenir? Sí No

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

Legal Psicológico Ambos

¿Recibió apoyo de otros organismos?* Sí No

Especificar:.....

Nota - Para una correcta cumplimentación del documento, por favor rellene todos los campos marcados con asterisco. Gracias.

¿Cuáles cree que serían las medidas más adecuadas a tomar?

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

Firma:

De conformidad con el RGPD 2016/679, le informamos que los datos de carácter personal que Vd. facilita serán gestionados por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza con la finalidad de comunicar a la Administración competente los lugares donde más riesgo existe de agresiones a profesionales a fin de aumentar las medidas de seguridad, para poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública. Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite su supresión o cancelación y siempre que resulten adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario para los fines para los que han sido recogidos. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopd@comz.org.

Nota - Para una correcta cumplimentación del documento, por favor rellene todos los campos marcados con asterisco. Gracias.