



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

REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS/AS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BURGOS

CODIFICACION: __/__/__/_/___ (aa/mm/dd/código provincia/nº)

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 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:

Dirección: C.P: LOCALIDAD:

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 "Fichero Médico", del que es titular el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Burgos 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 Burgos, Avda. del Cid, 100-Bajo de Burgos. 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.