Registro de agresiones

Formulario cumplimentable · Los cuadros con asterisco * son obligatorios

REGISTRO DE AGRESIONES

Colegio Oficial de Médicos de Alicante

Utilice este formulario para dejar constancia de una agresión o incidente. Puede cumplimentarlo directamente en pantalla y guardarlo como PDF.

CODIFICACION: __ /__ /__ /__ /__ (aa/mm/dd/_ _ /nº)

Los cuadros con asterisco * son obligatorios

La información se organiza en las mismas secciones y con los mismos campos del documento Word original.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

REGISTRO DE AGRESIONES

Datos del médico

Identificación y relato de los hechos

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

Relato de los hechos

¿Hubo testigos?* ○ Si ○ No

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

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

REGISTRO DE AGRESIONES

Datos de la agresión

Circunstancias, asistencia y consecuencias

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
- [ ] Centro Especialidades
- [ ] Urgencias no hospitalarias
- [ ] In itinere
- [ ] Hospital
- [ ] Urgencias Hospital
- [ ] Domicilio paciente
- [ ] Telemático y Otros

Telemático y Otros (especificar):

¿Ha necesitado atención sanitaria?* ○ Si ○ No

¿Se le ha prescrito tratamiento?* ○ Si ○ No

- [ ] Farmacológico
- [ ] Quirúrgico
- [ ] Psiquiátrico
- [ ] Psicológico

Tratamiento por:

- [ ] Atención Primaria
- [ ] Hospital
- [ ] Consulta Privada
- [ ] PAIME

Otros (especificar):

¿Existe parte de lesiones? * ○ Si ○ No

○ Físicas ○ Psíquicas ○ Ambas

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

REGISTRO DE AGRESIONES

Datos del agresor

Continuación de la agresión y datos disponibles del agresor

ACTUACIONES TRAS LA AGRESIÓN

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

Donde ha comunicado la agresión*: ○ Colegio ○ Centro de trabajo ○ Ambos

Daños materiales * ○ Si ○ No

DATOS DEL AGRESOR

¿El /los agresores están identificados?* ○ Si ○ No

Nombres y apellidos del agresor:

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):

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

REGISTRO DE AGRESIONES

Actuaciones

Causas, denuncias, seguridad y apoyo

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?* ○ Si ○ No

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

¿Quiere que le ayudemos a presentar 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:

¿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: ¿Cuánto tiempo tardaron en acudir?:

¿Llegaron a tiempo para intervenir? ○ Si ○ No

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

REGISTRO DE AGRESIONES

Medidas y firma

Apoyo recibido, propuestas y firma

APOYO RECIBIDO

¿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 serían las medidas más adecuadas a tomar?

En _____, a ___ de _____ de 20 __

Firma:

Protección de datos

La información sobre el tratamiento de datos personales y la casilla de consentimiento expreso figuran en la página siguiente.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

REGISTRO DE AGRESIONES

Protección de datos

Información sobre el tratamiento de datos personales

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante (COMA), NIF Q0366001F, con domicilio en avenida de Dénia, 47 A, 03013 Alicante. Teléfono: 965 261 011. Correo electrónico: rgpd@e-coma.es.

Delegado de Protección de Datos: ALBADAT CONSULTORA, S.L. Contacto: rgpd@e-coma.es.

Finalidad: Los datos facilitados serán tratados para registrar, gestionar y realizar el seguimiento de la agresión comunicada; prestar al colegiado la asistencia, orientación o asesoramiento que resulte necesario; adoptar medidas de prevención y protección; y elaborar estadísticas e informes sobre agresiones, debidamente anonimizados.

Legitimación: El tratamiento se basa en el cumplimiento de las funciones legalmente atribuidas al Colegio, en el interés público y, cuando corresponda, en la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones. El tratamiento de los datos relativos a la salud que se faciliten en este formulario se realizará con el consentimiento expreso de la persona interesada.

Destinatarios: Los datos podrán comunicarse, cuando resulte necesario para la gestión de la agresión o exista obligación legal, a las Administraciones públicas y organismos competentes, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, juzgados y tribunales, así como a los servicios jurídicos, aseguradores o asistenciales que deban intervenir. Los datos de testigos y del presunto agresor se tratarán exclusivamente para la gestión y seguimiento del incidente.

Conservación: Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para gestionar la comunicación y prestar la asistencia solicitada y, posteriormente, durante los plazos legalmente establecidos para atender posibles responsabilidades.

Derechos: Puede solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación o portabilidad de sus datos, así como retirar el consentimiento otorgado, mediante escrito dirigido al COMA en la dirección indicada o a través de rgpd@e-coma.es. También puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Los campos señalados con un asterisco son necesarios para gestionar adecuadamente la comunicación de la agresión.

☐ **He leído la información sobre protección de datos y presto mi consentimiento expreso para el tratamiento de los datos relativos a mi salud que, en su caso, facilite mediante este formulario.**