



Datos de la Agresión	
<input type="checkbox"/> Centro Público	<input type="checkbox"/> Centro Privado
Fecha:	Hora:
Tipo de Centro:	Centro, Servicio o Unidad:
Localidad:	C.P.:

Detalles de la Agresión		
<input type="checkbox"/> Agresión verbal (incluye gritos, insultos)	<input type="checkbox"/> Agresión física a profesionales	<input type="checkbox"/> Intento de agresión física
<input type="checkbox"/> Amenaza con armas (con la presencia física del arma)	<input type="checkbox"/> Amenaza contra la integridad física del profesional	
<input type="checkbox"/> Desperfectos o maltrato de las instalaciones	<input type="checkbox"/> Ha habido daños sobre los bienes personales del profesional	

Lugar/es concreto/s donde se materializa la Agresión (solo marcar una)			
<input type="checkbox"/> Atención Hospitalaria		<input type="checkbox"/> Atención Primaria	
<input type="checkbox"/> Admisión	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Sala de Fisioterapia
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Consulta Enfermería	<input type="checkbox"/> Ambulancia	<input type="checkbox"/> Exteriores del Centro
<input type="checkbox"/> Cafetería	<input type="checkbox"/> Consulta Médica	<input type="checkbox"/> Habitación del paciente *	<input type="checkbox"/> Control enfermería
<input type="checkbox"/> Despachos	<input type="checkbox"/> Hospitalización de psiquiatría *	<input type="checkbox"/> Zonas de Tránsito (ascensores, escaleras, pasillos)	<input type="checkbox"/> Otros:
<i>*Solo en Atención Hospitalaria</i>			

Causa principal que ha motivado la Agresión (solo marcar una)	
<input type="checkbox"/> Demandar prestación/medicación para un familiar.	<input type="checkbox"/> Disconformidad con el tiempo de atención en el centro.
<input type="checkbox"/> Demandar atención fuera de la cita programada.	<input type="checkbox"/> Disconformidad con el tiempo de atención en los avisos urgentes.
<input type="checkbox"/> Demandar atención sin cita previa.	<input type="checkbox"/> Discusión entre usuarios.
<input type="checkbox"/> Demandar tratamiento distinto al prescrito.	<input type="checkbox"/> Agresión/acoso por razón de género.
<input type="checkbox"/> Demandar prestación no incluida en las opciones anteriores.	<input type="checkbox"/> Desacuerdo con el trato o conducta en el acto del profesional.
<input type="checkbox"/> No haber sido derivado al especialista.	<input type="checkbox"/> Por razón de raza.
<input type="checkbox"/> No recibir parte de alta o baja.	<input type="checkbox"/> Sin causa aparente.
<input type="checkbox"/> Durante la contención mecánica	<input type="checkbox"/> Durante la contención verbal.
<input type="checkbox"/> Desacuerdo con las normas de funcionamiento del centro.	



Descripción del Incidente

--

Usuarios/as agredidos/as

¿La agresión ha afectado a otros usuarios que se encontraban en el centro?	<input type="checkbox"/> Sí, número:	<input type="checkbox"/> No
--	--------------------------------------	-----------------------------



Profesional Agredido/a		
Nombre y apellidos:		
D.N.I.:	Teléfono:	
Centro, Servicio, Unidad:	Puesto de Trabajo:	
¿Ha habido lesiones físicas?, descripción:		¿Causa Baja Laboral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tramitado IT	<input type="checkbox"/> Contingencia Común	<input type="checkbox"/> Contingencia Laboral
¿Se ha puesto en contacto la Dirección del Centro/Representante con usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido asistencia sanitaria?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tramitado documento CATI?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Le han informado que puede solicitar asistencia jurídica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Le han informado que puede solicitar asistencia psicológica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha realizado el curso de PRL de Control de Situaciones Conflictivas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido otro tipo de formación en materia de agresiones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Señale el tipo de medida que en su opinión sería la más eficaz para reducir este tipo de incidentes: (solo marcar una)
<input type="checkbox"/> Con campañas de concienciación dirigidas a usuarios.
<input type="checkbox"/> Con consecuencias más severas para las personas que agreden.
<input type="checkbox"/> Con medidas organizativas del centro que mejorarán la asistencia que se presta.
<input type="checkbox"/> Con más formación al profesional para manejar mejor estas situaciones.
<input type="checkbox"/> Incrementando las medidas de seguridad en los centros (infraestructura, vigilantes, cámara, etc.).
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores.



Testigos (cualquier persona, SAS o no SAS)				
Nombre y apellidos:			Firma	
D.N.I.:	Teléfono:			
Domicilio:				
Localidad:	¿Pertenece al SAS?	<input type="checkbox"/> Si		
Nombre y apellidos:			Firma	
D.N.I.:	Teléfono:			
Domicilio:				
Localidad:	¿Pertenece al SAS?	<input type="checkbox"/> Si		
Perfil del Agresor/a				
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Acompañante de Paciente/Usuario	<input type="checkbox"/> Usuario-a/paciente	
Rango de edad (años): <input type="checkbox"/> <18 <input type="checkbox"/> 18-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 56-55 <input type="checkbox"/> >65				
Síntomas que presenta:	<input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico		<input type="checkbox"/> Drogadicción y/o Alcoholismo	
	<input type="checkbox"/> Deterioro Cognitivo (Demencia, Alzheimer, etc.)		<input type="checkbox"/> No presenta ninguno de los síntomas anteriores	
¿Conocía al agresor/a de otras ocasiones?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene constancia de incidentes anteriores de la misma persona?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha existido intencionalidad en la agresión?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Medidas de Seguridad en el Lugar de la Agresión (marque todas las que haya)				
Medidas Seguridad existentes			La utilizó	
Alarma Individual (Tipo Tele-asistencia)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cámaras de seguridad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
GPS en ambulancia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Interfono	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Salida alternativa en consulta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Software antipánico instalado en el PC de la consulta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Teléfono	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Timbre en ambulancia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Timbre en consultas, estar de enfermería, etc.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vigilante de seguridad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tarjeta magnética	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Si existían medidas y no las utilizó, podría indicar por qué?				



Policía y/o Empresa de Seguridad			
¿Recibió la ayuda de algún compañero durante la agresión?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿En el momento de la agresión tiene constancia de que hubiera vigilante de seguridad en su centro?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se avisó al vigilante de seguridad?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cuántos minutos tardó en llegar?	¿Llegó a tiempo para intervenir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se avisó a cuerpos de seguridad externos?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Policía Local	<input type="checkbox"/> Guardia Civil	<input type="checkbox"/> Policía Nacional	

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente documento

_____, a ____ de _____ de 20__

FDO: _____

EL/LA TRABAJADOR/A AGREDIDO/A

Declara responsablemente los hechos comunicados como ciertos

Cláusula de Protección Datos

Los datos de carácter personal que usted nos facilita serán tratados con la máxima confidencialidad, tienen como única finalidad, el tratamiento de los lugares donde más riesgo existe de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos), usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a estos datos.

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados.