



Datos de la Agresión	
<input type="checkbox"/> Centro Público <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Centro Privado</span>	
Fecha:	Hora:
Tipo de Centro:	Centro, Servicio o Unidad:
Localidad:	C.P.:

Detalles de la Agresión		
<input type="checkbox"/> Agresión <b>verbal</b> (incluye gritos, insultos)	<input type="checkbox"/> Agresión <b>física</b> a profesionales	<input type="checkbox"/> <b>Intento de agresión física</b>
<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**

Empty space for describing the incident.

**Usuarios/as agredidos/as**

¿La agresión ha afectado a otros usuarios que se encontraban en el centro?

Sí, número:

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
¿Ha recibido el asesoramiento y apoyo del profesional guía frente a agresiones?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso de no haber recibido el apoyo del profesional guía frente a agresiones, indique por qué:			
<input type="checkbox"/> No aplica, recibido apoyo	<input type="checkbox"/> No lo consideraba necesario	<input type="checkbox"/> No sabía de su existencia	

Indique los datos de su Cargo Intermedio		
Nombre y apellidos:		
DNI:	Unidad/Servicio:	
Teléfono de contacto:		Categoría profesional:

Señale el tipo de medida que en su opinión sería la más eficaz para reducir este tipo de incidentes: <b>(solo marcar una)</b>
<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.



**Comunicación de Agresiones**

**Testigos (cualquier persona, SAS o no SAS)**

Nombre y apellidos:				Firma	
D.N.I.:		Teléfono:			
Domicilio:					
Localidad:		¿Pertenece al SAS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre y apellidos:				Firma	
D.N.I.:		Teléfono:			
Domicilio:					
Localidad:		¿Pertenece al SAS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**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
<b>¿Si existían medidas y no las utilizó, podría indicar por qué?</b>				



**Comunicación de Agresiones**

**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.