

PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

1. DATOS DEL CENTRO

Nombre del centro			
Dirección			
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono

2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección			Telf.
Provincia		Municipio	CP
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
DNI	Nº de Historia Clínica y/o CIPA (CIP)		

3. FECHA/HORA ASISTENCIA

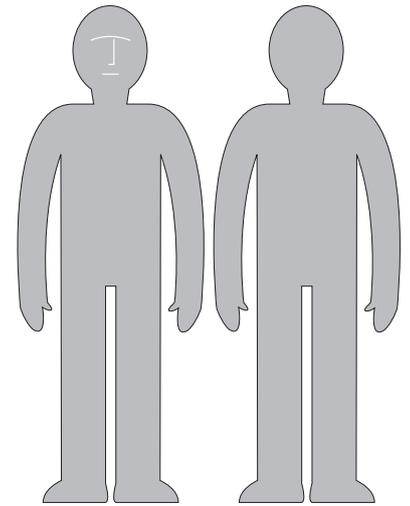
LUGAR DE LOS HECHOS (DIRECCIÓN Y POBLACIÓN)

4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES

- ACCIDENTE Tráfico Laboral Otros (especificar)
- VIOLENCIA DE GÉNERO
- MALTRATO Menores de edad Personas mayores Personas con discapacidad
- AGRESIÓN Sexual Otra (especificar)
- ANIMALES
- INTOXICACIÓN
- OTRAS CAUSAS (especificar)

5. LESIONES QUE PRESENTA

Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada



6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PRONÓSTICO CLÍNICO

- Leve
 Grave
 Muy grave

8. PLAN DE ACTUACIÓN

Especificar si causa alta, queda ingresada, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento

CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO / PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)

Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:		Tipo de maltrato <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual		
¿Conoce a la/s persona/s agresora/s? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta		Nombre de la/s persona/s agresora/s:		
Dirección de la/s persona/s agresora/s		Teléfono	Relación con la/s persona/s agresora/s	Convive con ella/s <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE				
Nombre y Apellidos:			Relación con la persona asistida	
TESTIGOS DEL INCIDENTE				
Nombre y Apellidos:				

Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:

Estado emocional actual de la persona asistida:

CUMPLIMENTAR **SOLO** EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES

¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene personas menores o discapacitadas a su cargo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre y Apellidos:		Relación de parentesco:
¿Acude sola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de:			
¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?			
¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS

11. CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

La exploración es compatible incompatible con los hechos recogidos

12. OBSERVACIONES

13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO

Nombre y Apellidos:	Firma
Nº de colegiado:	