

Comunicación interna e inclusión del suceso en el Registro de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud

Para desplazarse por el formulario utilice el tabulador o pinchando directamente en cada campo.

1. DATOS DEL TRABAJADOR AGREDIDO

(Cumplimentar este apartado para cada uno de los trabajadores agredidos)

Apellido 1: _____ **Apellido 2:** _____ **Nombre:** _____
N.I.F.: _____ **Teléfono de contacto:** _____ **Correo electrónico:** _____
Sexo: Hombre Mujer **Edad:** <35 36-55 >55

Categoría profesional:

Gerencia:

Nombre del Centro:

Servicio (en su caso):

Unidad (en su caso):

Tipo de Agresión: Verbal o gestual Física Psicológica

¿Precisó Asistencia Sanitaria?: SI NO

Lesiones producidas:

Código CIE-9 MC (si se conociese):

Tramitación de Incapacidad Temporal SI NO

2.- DATOS DEL LUGAR EN EL QUE SE PRODUCEN LOS HECHOS

En el centro de trabajo:

- El especificado anteriormente
- En otro centro de trabajo de SACYL Nombre: _____
- Servicio o unidad donde se produce la agresión: _____

Domicilio del paciente **Vía Pública** **Otros** Especificar: _____

3.- DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Fecha: d _____ de _____ de _____ **Hora:** _____

Descripción de los hechos: *Narración de los hechos, describiendo lo más precisamente posible el incidente:*

Daños materiales: SI NO *En caso afirmativo describir los daños materiales causados:*

Comunicación interna e inclusión del suceso en el Registro de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud

Posibles causas desencadenantes: *(Se pueden marcar una, varias o todas las opciones):*

- | | |
|--|--|
| Deficiencias en el diseño del Centro <input type="checkbox"/> | Drogadicción <input type="checkbox"/> |
| Tiempos de espera excesivos <input type="checkbox"/> | Trastorno psíquico agresivo <input type="checkbox"/> |
| Disconformidad con el trato recibido <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> <i>Describir:</i> |
| Disconformidad con la asistencia recibida <input type="checkbox"/> | |
| Alcoholismo <input type="checkbox"/> | |

¿Se presentó denuncia formal ante la Policía o Guardia Civil? SI NO

4.- TESTIGOS

¿Hubo testigos? SI NO

Relación de los testigos con los hechos (compañeros, usuarios...):

5.- FUERZAS DE SEGURIDAD

¿Hay presencia de Vigilantes de Seguridad en el centro? SI NO

En caso afirmativo: ¿Intervinieron? SI NO

¿Se avisó a la Policía / Guardia Civil? SI NO

En caso afirmativo: ¿Acudió? SI NO

¿Cuánto tardó en acudir? _____

¿Llegó a tiempo de intervenir? SI NO

6.- AUTOR/ES DEL INCIDENTE *(Cumplimentar este apartado para cada uno de los autores del incidente)*

Número:

Sexo: Hombre Mujer

Edad aproximada: <18 18-35 36-45 46-60 >60

Tipo: Usuario Familiar o acompañante Otros *Describir:*

Identificación: Conocido Desconocido Reincidente No reincidente

Describir lo más detalladamente posible al autor/es de los hechos:

(No incluir datos personales tales como nombre, apellidos, domicilio, etc...)

Comunicación interna e inclusión del suceso en el Registro de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud

De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de diciembre, se informa a la persona arriba referida, de la incorporación de sus datos al fichero automatizado "Registro de agresiones del personal de la Gerencia Regional de Salud", teniendo como finalidad el conocer las agresiones sufridas por el personal de las distintas áreas de salud de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. El órgano responsable de los ficheros es la Dirección General de Recursos Humanos; Ud. podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de Salud Laboral de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en el Paseo de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Cualquier cesión de los datos requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia médica o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica.

Personal Médico: Doy mi autorización para la incorporación de estos datos al Registro de Agresiones a Facultativos (RAF) gestionado por los Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León en virtud del Convenio Específico de Colaboración firmado el 22 de noviembre de 2011 entre la Gerencia Regional de Salud y el Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León. **Marcar en caso de NO autorizar**

Personal de Enfermería: Doy mi autorización para la incorporación de estos datos al Registro de Agresiones al Personal de Enfermería gestionado por los Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León en virtud del Convenio Específico de Colaboración firmado el 19 de diciembre de 2011 entre la Gerencia Regional de Salud y el Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Castilla y León. **Marcar en caso de NO autorizar**

El trabajador,

En _____ a ___ de _____ de 201

Fdo. _____

DATOS DEL SUPERIOR JERÁRQUICO O RESPONSABLE DEL CENTRO	
Nombre y Apellidos:	
Puesto de trabajo:	
Teléfono de contacto:	Correo electrónico:

Se remite a la Gerencia de _____* a efectos de comunicación de los hechos acaecidos y de su inclusión en el Registro de Agresiones al personal de la GRS.

En a ... de.....de 201

Fdo.

* El Gerente lo remitirá escaneado por correo electrónico a la Gerencia de Salud de Área, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y los delegados de prevención. El original se remitirá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales por correo ordinario.