

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

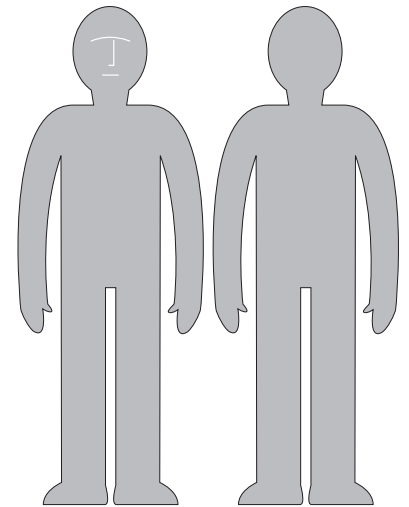
LUGAR DE LOS HECHOS (DIRECCIÓN Y POBLACIÓN)

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: | |