

ANEXO II

COMUNICACIÓN INTERNA DEL SUCESO PARA EL REGISTRO DE AGRESIONES

I.- DATOS DEL TRABAJADOR AGREDIDO

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

"Nombre y apellidos":	
"N.I.F.":	"Teléfono de contacto":
"Nombre del Centro de Trabajo": <i>(Nombre del Centro de Trabajo al que pertenece el trabajador)</i>	
"Puesto de trabajo o Categoría Profesional":	
" Servicio y/o Unidad":	
"Tipo de Agresión": Verbal o gestual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/>	
"¿Precisó Asistencia Sanitaria?": <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
"Lesiones producidas.":	
Código CIE-9 MC: <i>(si se conociese)</i>	
" Tramitación de Incapacidad": <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

2.- DATOS DEL LUGAR EN EL QUE SE PRODUCE LA AGRESIÓN

Si se ha producido en el Centro de trabajo:

"Nombre del Centro":
"Responsable del Centro":
"Lugar exacto donde se produce la agresión":

Si se ha producido en un lugar distinto al Centro:

Domicilio del paciente <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
<i>Descripción detallada que permita su correcta localización:</i>		

3.- DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

"Fecha":	"Hora":
"Descripción de los hechos": <i>Narración de los hechos, describiendo lo más precisamente posible el incidente:</i>	
"Daños materiales": SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo describir los daños materiales causados:	
"Posibles causas desencadenantes": <i>(Se pueden marcar una, varias o todas las opciones. Si se ha seleccionado la opción "Otros", se describirá)</i>	
Deficiencias en el diseño del Centro <input type="checkbox"/> Tiempos de espera excesivos <input type="checkbox"/> Disconformidad con el trato recibido <input type="checkbox"/> Disconformidad con la asistencia recibida <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Trastorno psíquico agresivo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Descripción de otras causas:	
"¿Hubo denuncia?": SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

4.- TESTIGOS (Cumplimentar este apartado para cada uno de los testigos)

"Nombre y apellidos":	
"N.I.F.":	"Teléfono de contacto":
"Domicilio":	
"Localidad":	"Código Postal":
" Relación del testigo con los hechos":	
"Nombre y apellidos":	
"N.I.F.":	"Teléfono de contacto":
"Domicilio":	
"Localidad":	"Código Postal":
" Relación del testigo con los hechos":	
"Nombre y apellidos":	
"N.I.F.":	"Teléfono de contacto":
"Domicilio":	
"Localidad":	"Código Postal":
" Relación del testigo con los hechos":	
"Nombre y apellidos":	
"N.I.F.":	"Teléfono de contacto":
"Domicilio":	
"Localidad":	"Código Postal":
" Relación del testigo con los hechos":	

5. FUERZAS DE SEGURIDAD

<p><i>“¿Hay presencia de Empresa de Seguridad en el Centro?”:</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><i>En caso afirmativo: “Indicar si intervino”:</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>“¿Se avisó a la Policía?”:</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><i>En caso afirmativo: “Acudió”:</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><i>“¿Cuánto tardó en acudir?”:</i></p> <p><i>“¿Llegó a tiempo de intervenir?”:</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	

6. AUTOR/ES DEL INCIDENTE

(Cumplimentar este apartado para cada uno de los autores del incidente)

“Número”:	“Sexo”: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
“Tipo”:	“Identificación”:
Usuario <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Describir:	Conocido <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Reincidente <input type="checkbox"/> No reincidente <input type="checkbox"/>
<p>Describir lo más detalladamente posible al autor/es de los hechos: <i>(No incluir datos personales tales como nombres, apellidos, etc...)</i></p>	

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.

En ade 2008

Fdo.