

## Comunicación de Agresiones

Datos de la Agresión			
<input type="checkbox"/> Centro Público		<input type="checkbox"/> Centro Privado	
Fecha:		Hora:	
Tipo de Centro:			
Centro, Servicio o Unidad:			
Turno:	<input type="checkbox"/> Mañana diario		<input type="checkbox"/> Mañana F/S o festivo
	<input type="checkbox"/> Tarde diario		<input type="checkbox"/> Tarde F/S o festivo
	<input type="checkbox"/> Noche diario		<input type="checkbox"/> Noche F/S o festivo
	<input type="checkbox"/> No disponible		
Localidad:			C.P.:

Detalles de la Agresión	
<input type="checkbox"/> ¿Ha habido algún maltrato/desperfecto de las instalaciones?	
<input type="checkbox"/> Ha habido daños sobre los bienes personales del profesional.	
<input type="checkbox"/> Agresión <b>FÍSICA</b>	
<input type="checkbox"/> Agresión <b>NO FÍSICA</b>	<input type="checkbox"/> Agresión verbal no presencial (redes sociales)
	<input type="checkbox"/> Agresión verbal no presencial (atención telefónica)
	<input type="checkbox"/> Agresión verbal (incluye gritos, insultos)
	<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"/> Intento de agresión física

## Comunicación de Agresiones

**Indique el lugar concreto en el que se produjo la agresión (solo marcar una)**

<input type="checkbox"/> Atención Hospitalaria <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención de emergencias extrahospitalarias			
<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 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Control enfermería
<input type="checkbox"/> Despachos	<input type="checkbox"/> Hospitalización de psiquiatría <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Zonas de Tránsito (ascensores, escaleras, pasillos)	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Helicóptero <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Base Asistencial <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Sala de coordinación <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Servicio Provincial <sup>2</sup>
<sup>1</sup> Solo en Atención Hospitalaria <sup>2</sup> Solo en CES-061			<input type="checkbox"/> Vía Pública <sup>2</sup>

**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 inmediata	<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 atención sin documentación requerida.	<input type="checkbox"/> Errores en citaciones.
<input type="checkbox"/> Demandar tratamiento distinto al prescrito.	<input type="checkbox"/> Desacuerdo con las normas de funcionamiento del centro.
<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"/> Demandar atención fuera de la cita programada.	<input type="checkbox"/> Agresión/acoso por razón de sexo u orientación sexual.
<input type="checkbox"/> No haber sido derivado al especialista.	<input type="checkbox"/> Agresión/acoso por razón de género.
<input type="checkbox"/> No recibir parte de alta o baja.	<input type="checkbox"/> Agresión/acoso por origen racial o étnico.
<input type="checkbox"/> Durante la contención mecánica.	<input type="checkbox"/> Agresión/acoso por discapacidad.
<input type="checkbox"/> Durante la contención verbal.	<input type="checkbox"/> Errores en la asistencia.
<input type="checkbox"/> Estado o condición del propio usuario.	<input type="checkbox"/> Sin causa aparente.

## Comunicación de Agresiones

### Descripción del Incidente

## Comunicación de Agresiones

Usuarios/as agredidos/as		
¿La agresión ha afectado a otros usuarios que se encontraban en el centro?	<input type="checkbox"/> Sí, número:	<input type="checkbox"/> No
Profesional Agredido/a		
Nombre y apellidos:		
D.N.I.:	Teléfono:	
Correo electrónico:		
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
Señale el tipo de medida que en su opinión sería la más eficaz para reducir este tipo de incidentes		
¿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
<b>En caso de no haber recibido el apoyo del profesional guía frente a agresiones, indique por qué:</b>		
<input type="checkbox"/> No aplica, recibido apoyo	<input type="checkbox"/> No lo consideraba necesario	<input type="checkbox"/> No sabía de su existencia

## Comunicación de Agresiones

### Indique los datos de su Cargo Intermedio

Nombre y apellidos:

DNI:

Teléfono de contacto:

Unidad/Servicio:

Categoría profesional:

### Señale el tipo de medida que en su opinión sería la más eficaz para reducir este tipo de incidentes **(solo marcar una)**

☐ Con campañas de concienciación dirigidas a usuarios.

☐ Con consecuencias más severas para las personas que agreden.

☐ Con medidas organizativas del centro que mejorarán la asistencia que se presta.

☐ Con más formación al profesional para manejar mejor estas situaciones.

☐ Incrementando las medidas de seguridad en los centros (infraestructura, vigilantes, cámara, etc.).

☐ Ninguna de las anteriores.

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

Nombre y apellidos:

Firma

D.N.I.:

Teléfono:

Domicilio:

Localidad:

¿Pertenece al SAS?

☐ Si

☐ No

Nombre y apellidos:

Firma

D.N.I.:

Teléfono:

Domicilio:

Localidad:

¿Pertenece al SAS?

☐ Si

☐ No

## Comunicación de Agresiones

Perfil del Agresor/a				
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Acompañante del Paciente/Usuario-a	<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"/> 56-65 <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	<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
¿Si existían medidas y no las utilizó, podría indicar por qué?				
<input type="checkbox"/> No funcionó.	<input type="checkbox"/> No iba a servir para nada.	<input type="checkbox"/> No me acordé.	<input type="checkbox"/> No me dio tiempo.	<input type="checkbox"/> No sabía de su existencia.
			<input type="checkbox"/> No tengo capacidad para activarla.	

## 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: \_\_\_\_\_

### **LA PERSONA TRABAJADORA AGREDIDA**

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.