



**Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz**

Nombre: _____

CODIGO AGRESIONES: _____

EXPEDIENTE Nº _____ Fecha ____/____/____

DATOS DEL COLEGIADO

Nombre _____ Apellidos _____

D.N.I. _____ Colegio _____

Nº Colegiado _____ Sexo (H o M) ____ Fecha Nacimiento ____/____/____

DIRECCIÓN DE TRABAJO

Centro _____

Calle _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____

CP _____ Población _____

DIRECCIÓN DE CONTACTO

Calle _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____ Móvil _____

CP _____ Población _____

RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS

TESTIGOS

1. Nombre _____ DNI _____

2. Nombre _____ DNI _____

3. Nombre _____ DNI _____

4. Nombre _____ DNI _____



**Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz**

DATOS DE LA AGRESIÓN

Fecha y Hora de los hechos _____

Tipo de Agresión: Insultos Amenazas
Difamaciones Física
Otro _____

Centro donde Ocurre: _____
1. Centro de Salud 2. Hospital 3. C.E.P. 4. Otros _____

Lugar: _____
1. Consulta 2. Pasillo 3. Sala de Urgencias 4. Visita Domiciliaria
5. Fuera del Centro (calle, establecimientos públicos y/o privados)
6. Urgencias fuera del Centro 7. Otros: _____

Tipología del agresor: _____
1. Paciente programado 2. Paciente no programado
3. Usuario del Centro 4. Familiar

Antecedentes del Agresor: _____
1. Con antecedentes toxicomanía 2. Con antecedentes psiquiátricos
3. Con enfermedad orgánica 4. Otros: _____

Causas: _____
1. No recetar medicamento propuesto por paciente 2. Tiempo en ser atendido
3. Discrepancias en la atención medica 4. Discrepancias personales
5. Malestar funcionamiento interno del Centro 6. En relación incapacidad laboral
7. Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias. 8. Otros _____

Intervienen las Fuerzas de Seguridad _____
1. No 2. Policía Nacional 3. Guardia Civil 4. Policía Local 5. Seguridad Privada

¿Se ha presentado denuncia? 1. Si 2. No 3. No sabe

¿Has sufrido agresiones previas? 1. Si 2. No

Nº de agresiones:

Lugar 1. Centro 2. Otro

¿Por el mismo agresor? 1. Si 2. No

¿Se tiene constancia de anteriores agresiones en el Centro? 1. Si 2. No

¿Por parte del mismo agresor? 1. Si 2. No

¿Fueron denunciadas? 1. Si 2. No 3. No sabe

¿Se ha identificado al agresor? 1. Si 2. No

Nombre: _____ Nº SS: _____

¿Sigues atendiendo profesionalmente al agresor? 1. Si 2. No

¿Se han tomado medidas para atajar futuras agresiones? 1. Si 2. No

Especificar: _____

¿Cuáles crees que serian las medidas oportunas para atajar las agresiones a médicos?



**Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz**

DATOS DE LA AGRESIÓN

¿Han existido lesiones? _____ []

1. Físicas 2. Psíquicas 3. Ambas

Especificar _____

¿Existe parte de lesiones? [] 1. Si 2. No

¿Has estado en tratamiento? [] 1. Si 2. No

Tipo de tratamiento: Farmacológico [] Quirúrgico []

Psiquiátrico [] Psicológico []

Tratamiento por _____ []

1. Médico de A. P. 2. Médico de Hospital 3. Consulta Privada 4. Automedicación
5. PAIME 6. Otros: _____

¿Se tramitó baja laboral? [] 1. Si 2. No

¿Cómo accidente de trabajo? [] 1. Si 2. No

Tiempo de baja laboral: _____ días

Motivo baja laboral: _____

¿Ha habido daños materiales? [] 1. Si 2. No

Especificar _____

¿Se tramitó diligencias previas? [] 1. Si 2. No

Juzgado _____

Diligencias nº _____

¿Se celebró juicio? [] 1. Si 2. No

En caso afirmativo, ¿fue condenatorio? [] 1. Si 2. No

¿Recibiste apoyo o asesoramiento por parte de la Empresa? _____ []

1. Legal 2. Psicológico 3. Ambas 4. Otros _____

¿Recibiste apoyo por parte de compañeros o agentes sociales? [] 1. Si 2. No

Especificar _____

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo: _____

Los datos de carácter personal que Vd. nos facilita son incluidos en un fichero de tratamiento automatizado de datos, del que es titular el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz.

La finalidad del tratamiento es comunicar a la Administración 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 L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito dirigida a:

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz,

Avda. Colón 21-2ª, 06005 Badajoz.

Tlf. 924.232500 Fax. 924240592. Email. info@colegiomedicobadajoz.org

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados.