



# REGISTRO DE AGRESIONES A PERSONAL DE ENFERMERÍA



ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
ENFERMERÍA OURENSE



## COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS/OS DE OURENSE

CODIFICACIÓN: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ (aa/mm/dd/ nº)

### DATOS DE LA/DEL COLEGIADA/O:

Apellidos: ..... Nombre: .....

DNI: ..... Nº colegiada/o: ...../...../.....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Sexo: Hombre  Mujer

### DIRECCIÓN DE TRABAJO

Centro: .....

Servicio/Pueblo:.....

Calle:..... Teléfono:.....

CP: ..... Población: .....

Provincia.....

### DIRECCIÓN DE CONTACTO

Calle:..... Teléfono:.....

CP:.....Población:.....Provincia.....

Correo electrónico: .....@.....



## RELATO DE LOS HECHOS

¿Hubo testigos?       Si       No

## DATOS DE LOS TESTIGOS: (NOMBRE Y TELÉFONO)

## DATOS DE LA AGRESIÓN

Fecha: ...../...../.....

Hora: .....:.....

Tipo de agresión:

- |                                   |   |                                       |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insultos | <input type="checkbox"/> Amenazas         | <input type="checkbox"/> Difamaciones |
| <input type="checkbox"/> Física   | <input type="checkbox"/> Daños materiales | <input type="checkbox"/> Otros:.....  |



CENTRO EN EL QUE SE HA PRODUCIDO LA AGRESIÓN:

- Público  Privado  
 Centro Salud  Hospital  Centro Especialidades  
 Urgencias Hospitalarias  PAC  
 Domicilio del paciente  Calle

- ¿Ha necesitado tratamiento?  Si  No  
 Farmacológico  Quirúrgico  Psiquiátrico  Psicológico

Tratamiento por:

- Atención Primaria  Hospital  Consulta Privada  
 Otros:.....

- ¿Existe parte de lesiones?  Si  No  
 Físicas  Psíquicas  Ambas

- ¿Ha acudido a Salud Laboral?  Si  No

Donde ha comunicado la agresión:

- Colegio  Centro de trabajo  Ambos

### DATOS DEL AGRESOR/A

Apellidos: ..... Nombre: .....

Dirección:.....  
.....

C.P: ..... LOCALIDAD:.....

DNI: ..... Fecha nacimiento: ...../...../..... Sexo (H/M):.....



Tipología:

- Paciente programado
- Paciente Urgente
- Desplazado
- Paciente no programado
- Usuario del centro
- Familiar
- Acompañante

Antecedentes:

- Paciente con toxicomanía
- Paciente con enfermedad orgánica
- Paciente psiquiátrico
- Otros:.....

Causas:

- Demora en la atención.
- Discrepancias en la atención prestada.
- Discrepancias en el trato.
- Malestar con el funcionamiento interno del centro.
- En relación con la incapacidad laboral.
  - Emitir informes en desacuerdo a sus exigencias.
  - Otros: .....

**ACTUACIONES:**

- ¿Ha presentado denuncia?  Si  No
- ¿Ha sufrido agresiones previas?  Si  No Nº: \_\_\_\_
- ¿Hay constancia de anteriores agresiones en el centro?  Si  No
- ¿Por el mismo agresor/a?  Si  No
- ¿Se tramitó baja laboral?  Si  No
  - ¿Cómo accidente de trabajo?  Si  No
- Motivo baja laboral: .....
- Tiempo estimado de la baja laboral: ..... días



¿Hay vigilantes de seguridad en el centro?  Si  No

En caso afirmativo: ¿Intervinieron?  Si  No

¿Se avisó a las fuerzas de seguridad?  Si  No

**En caso afirmativo:**

¿Cuánto tiempo tardaron en acudir?: .....

¿Llegaron a tiempo de intervenir?  Si  No

¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de su empresa?  Si  No

Legal  Psicológico  Ambos

¿Recibió apoyo de otros organismos?  Si  No

Especificar:.....

¿Cuáles cree que serían las medidas más adecuadas a tomar?

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_

Firma



Los datos de carácter personal que Vd. nos facilita son incluidos en un fichero debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de datos del que es titular el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Ourense. La finalidad del tratamiento es comunicar a la Administración los lugares en los que hay más riesgo de agresiones a profesionales, con el 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 Enfermería de Ourense, calle Villa Valencia, 18 bajo de Ourense. La cumplimentación del presente formulario comporta el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión a los organismos señalados de sus datos conforme a las finalidades manifestadas.



¿Se tramitaron diligencias previas?

Si

No

Juzgado: .....

Diligencias N°: .....

¿Se celebró juicio?

Si

No

En caso afirmativo, ¿fue condenatorio?

Si

No

### SEGUIMIENTO DEL REGISTRO DE LAS DENUNCIAS

Número CODIFICACIÓN : \_\_\_\_\_

TRAMITADA

RESUELTA

Sobreseimiento

Acuerdo

Condena

OBSERVACIONES (Datos de interés a añadir):