



PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS. Anexo 1

Datos del Colegiado:

Nombre Apellido
DNI Colegio Médico
N° Matrícula Sexo Fecha de Nac

Dirección de Trabajo

Institución
Dirección
Telefono Correo electrónico

Dirección de Contacto

Domicilio
Teléfono Correo electrónico
Celular

Relato de los Hechos

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Testigos

1. Nombre DNI
2. Nombre DNI
3. Nombre DNI
4. Nombre DNI

Datos de la Agresión

Fecha y Hora de los Hechos
Tipo de Agresión: Insultos Amenazas Difamación Física
Otra



PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS. Anexo 1

Lugar donde ocurre:

Centro de Salud Clínica Hospital Consultorio

Otros

Lugar específico:

Consulta Pasillo Sala Urgencias Visita domic. Fuera del Centro

Otros

Tipología del Agresor:

Paciente programado No programado Familiar

Otro

Antecedentes del Agresor:

Antec. De Toxicomanias cual

Antec. Psiquiátrico Paciente c/ enf. Orgánica

Otros

Causas:

No recetar medicamentos propuestos por el paciente

Tiempo en ser atendido

Discrepancias en la atención Médica

Discrepancias Personales

Malestar por el funcionamiento del Centro

Relacionado con la incapacidad Laboral

Emitir informes Médicos no acordes con sus expectativas

Otros

Intervención de Fuerza de Seguridad

Policía Seguridad Privada Otra

Se presentó Denuncia: 1. Si 2. No 3. No sabe

Ha sufrido agresiones previas: 1. Si 2. No

Número de agresiones Lugar

Mismo agresor

Hay constancia de agresiones previas en el mismo lugar 1. Si 2. No

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



PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS. Anexo 1

Se ha identificado al Agresor 1. Si 2. No

Nombre DNI

Sigue atendiendo profesionalmente al agresor: 1. Si 2. No

Se han tomado medidas para evitar futuras agresiones: Si No

Especificar

¿Cuáles cree que serían las medidas adecuadas para evitar futuras agresiones al personal de salud?

.....
.....
.....
.....

Consecuencias de la Agresión

¿Han existido lesiones? Físicas Psíquicas Ambas

Especificar

¿Ha estado en tratamiento? 1. Si 2. No

Tipo de tratamiento: Farmacológico Quirúrgico Psicológico

Tratado por:

Médico de Hospital Consulta Privada Automedicación

¿Se tramitó Licencia laboral?

¿Se tramitó como "Accidente Laboral"?

Tiempo de Licencia Laboral

Ha habido daños materiales? 1. Si 2: No

Especificar

¿Se tramitó denuncia? 1. Si 2: No

¿Se celebró Juicio? 1. Si 2. No

¿Fue condenatorio?

¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte del Hospital o la Empresa?

1. Legal 2. Psicológico 3: Ambos 4. Otros

¿Recibió apoyo por parte de Compañeros o Agentes sociales?