



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Almería

Gerona, 11 ( 04001-ALMERIA)  
Tlf. 950/23.31.22 Fax:950/25.33.68

## INCIDENTE DE VIOLENCIA

D/D<sup>a</sup>.....  
Puesto de trabajo:.....  
Colegiado n<sup>o</sup>:..... Tlf:.....  
Destinado en el Centro:.....  
Mediante el presente escrito comunica a los efectos que resulten pertinentes, los siguientes:

### HECHOS

1<sup>o</sup>.- Que en el día de la fecha a las..... horas, la persona que se identifica por los siguientes datos (nombre, DNI, o n<sup>o</sup> Seg.Social, etc.):..... ha protagonizado el incidente violento que se describe en el punto siguiente.

2<sup>o</sup>.- Descripción sucinta de los hechos:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3<sup>o</sup>.- Informo que SI-NO (táchese lo que no proceda) ha sido interpuesta denuncia ante la Policía o ante el Juzgado), En caso afirmativo se acompaña copia de la denuncia.

4<sup>o</sup>.-Han sido testigos de los hechos las siguientes personas (en su caso), detallar nombre, categoría laboral o paciente y DNI):.....  
.....  
.....  
.....

5º.- Se han producido los siguientes daños materiales (en su caso detallar):.....

.....

6º.- Se ha producido las siguientes lesiones en las personas que se detallan (en su caso):.....

.....

.....

.....

Y para que conste, a todos los efectos procedentes, ante la .....

.....

Letrado solicitado:.....

Lo firmo en,..... a día,.....

Autorizado el uso del Letrado

Fdo.

Fecha

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

ALMERIA

## **DATOS DE LA AGRESIÓN**

### **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 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.- Paciente con antecedentes de toxicomanías

2.- Paciente con antecedentes psiquiátricos.

3.- Paciente con enfermedad orgánica.

4.- Otros:.....

### **Causas:**

1.- No recetar medicamento propuesto por el propio paciente

2.- Tiempo en ser atendido

3.- Discrepancias en la atención médica.

4.- Discrepancias personales.

5.- Malestar por funcionamiento interno del Centro

6.- En relación con la 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

### **¿Has sufrido agresiones previas?**

1.- Si.

2.- No

Número 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

¿Fueron denunciadas?

1.- Si

2.- No

3.- No sabe

### **¿Se tiene constancia de posteriores agresiones en el Centro**

1.- Si

2.- No

¿Por parte del mismo agresor?

1.- Si

2.- No

¿Fueron denunciadas?

1.- Si

2.- No

### **¿Sigues atendiendo profesionalmente al agresor?**

1.- Si

2.- No

### **¿Se han tomado medidas para atajar futuras agresiones?**

1.- Si

2.- No

Especificar:.....