

# COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALMERIA

CODIFICACION: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

(\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ nº)

## DATOS DEL MÉDICO

Apellidos\*: ..... Nombre\*: .....

DNI\*: ..... Nº Colegiado/a: ...../...../.....

Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Sexo: Hombre

Mujer

## Dirección de trabajo

Centro\*: .....

Servicio/Pueblo\*:.....

## Dirección de contacto

Teléfono\*:.....

Correo electrónico\*: .....@.....

**RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS. Debe omitirse cualquier dato sobre el estado de salud o detalles específicos de la asistencia médica prestada**

¿Hubo testigos?\*

Si

No

Datos de los testigos\*: (Nombre y Teléfono)

Solicitando su consentimiento verbal

¿El /los agresores están identificados?\*\_  Si  No

LOCALIDAD\*: ..... Sexo (H/M)\*: .....

Edad del agresor\*:  <40 años  40-60 años  > 60 años

**Tipología\*:**

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

**Antecedentes\*:**

- Paciente con toxicomanía  Paciente psiquiátrico  
 Paciente con enfermedad orgánica  
 Otros (especificar): .....

**Causas\*:**

- No recetar medicación requerida por paciente.  
 Demora en la atención.  
 Discrepancias en la atención médica.  
 Discrepancias en el trato.  
 Malestar con el funcionamiento interno del centro.  
 En relación con la incapacidad laboral.  
 Emitir informes médicos en desacuerdo a sus exigencias.  
 Otros (especificar): .....

**ACTUACIONES\*:**

¿Ha presentado denuncia?\*\_  Si  No

¿Dónde ha presentado denuncia?\*\_  Fiscalía  Policía/ Guardia Civil  Juzgado

¿Quiere que le ayudemos a presentar denuncia? \*  Si  No

¿Ha sufrido agresiones previas?\*\_  Si  No Nº: \_\_\_\_

¿Hay constancia de anteriores agresiones en el Centro?\*\_  Si  No

¿Por el mismo agresor? \*  Si  No

¿Se tramitó baja laboral?\*\_  Si  No