



**COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE ZARAGOZA**

SELLO REGISTRO

REGISTRO DE AGRESIONES A COLEGIADOS ICOMZ

DATOS DEL COLEGIADO

FECHA	NÚMERO COLEGIADO	FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)
D.N.I.	NOMBRE	APELLIDOS

DIRECCIÓN DE CONTACTO

DIRECCIÓN		TELÉFONO
C.P.	POBLACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DE TRABAJO

CENTRO		
DIRECCIÓN		TELÉFONO
C.P.	POBLACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO

CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

¿HAN EXISTIDO LESIONES?		1. Sí ☐	2. No ☐
1. Físicas ☐	2. Psíquicas ☐	3. Ambas ☐	
Especificar:			

¿EXISTE PARTE DE LESIONES?	1. Sí ☐	2. No ☐
----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

¿HAS ESTADO EN TRATAMIENTO?	1. Sí ☐	2. No ☐
Tipo de tratamiento:		
1. Farmacológico ☐	2. Quirúrgico ☐	3. Psiquiátrico ☐
Tratamiento por:		
1. Médico de AP ☐	2. Médico de Hospital ☐	3. Consulta privada ☐
4. Automedicación ☐	5. PAIME ☐	
6. Otros:		

¿SE TRAMITÓ BAJA LABORAL?	1. Sí ☐	2. No ☐
¿Cómo accidente de trabajo?	1. Sí ☐	2. No ☐
Tiempo de baja laboral:		días
Motivo baja laboral:		

¿HA HABIDO DAÑOS MATERIALES?	1. Sí ☐	2. No ☐
Especificar:		

INFORME DE LA AGRESIÓN

FECHA Y HORA DE LOS HECHOS:

¿SE HA IDENTIFICADO AL AGRESOR?

1. Sí ☐

2. No ☐

Nombre:

Nº SS:

TIPO DE AGRESIÓN

1. Insultos ☐

2. Amenazas ☐

3. Difamaciones ☐

4. Física ☐

5. Otro:

CENTRO DÓNDE 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. Paciente con antecedentes de toxicomanías ☐

2. Paciente con enfermedad orgánica ☐

3. Paciente con antecedentes psiquiátricos ☐

4. Otros:

CAUSAS

1. Tiempo en ser atendido ☐

2. Discrepancias en la atención médica ☐

3. En relación con la incapacidad laboral ☐

4. Discrepancias personales ☐

5. No recetar medicamento propuesto por el propio paciente ☐

6. Malestar por el funcionamiento interno del Centro ☐

7. Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias ☐

8. Otros:

¿SIGUES ATENDIENDO PROFESIONALMENTE AL AGRESOR?

1. Sí ☐

2. No ☐

TESTIGOS Y RELATO DE LOS HECHOS

TESTIGOS

NOMBRE	DNI
NOMBRE	DNI
NOMBRE	DNI
NOMBRE	DNI
NOMBRE	DNI

RELATO DE LOS HECHOS

OTROS DATOS DE INTERÉS

¿INTERVIENEN LAS FUERZAS DE SEGURIDAD?		1. Sí ☐	2. No ☐
¿Cuál?			
1. Policía Nacional ☐		2. Guardia Civil ☐	
3. Policía Local ☐		4. Seguridad Privada ☐	
¿SE HA PRESENTADO DENUNCIA?	1. Sí ☐	2. No ☐	3. No sabe ☐

¿SE TRAMITÓ DILIGENCIAS PREVIAS?		1. Sí ☐		2. No ☐	
Juzgado:					
Diligencias nº:					
¿SE CELEBRÓ JUICIO?		1. Sí ☐		2. No ☐	
En caso afirmativo, ¿fue condenatorio?		1. Sí ☐		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. Sí ☐			2. No ☐		
Especificar:					
¿HAS SUFRIDO AGRESIONES PREVIAS?		1. Sí ☐		2. No ☐	
Número de agresiones:					
Lugar:					
¿Por el mismo agresor?		1. Sí ☐		2. No ☐	
¿SE TIENE CONSTANCIA DE ANTERIORES AGRESIONES EN EL CENTRO?					
1. Sí ☐			2. No ☐		
¿Fueron denunciadas?		1. Sí ☐		2. No ☐	
				3. No sabe ☐	
¿SE TIENE CONSTANCIA DE POSTERIORES AGRESIONES EN EL CENTRO?					
1. Sí ☐			2. No ☐		
¿Por parte del mismo agresor?		1. Sí ☐		2. No ☐	
¿Fueron denunciadas? ☐		1. Sí ☐		2. No ☐	
				3. No sabe ☐	

¿SE HAN TOMADO MEDIDAS PARA ATAJAR FUTURAS AGRESIONES?		1. Sí ☐	2. No ☐
Especificar:			

¿CUÁLES CREES QUE SERÍAN LAS MEDIDAS OPORTUNAS PARA ATAJAR LAS AGRESIONES A MÉDICOS?

--

De conformidad con el RGPD 2016/679, le informamos que los datos de carácter personal que Vd. facilita serán gestionados por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza con la finalidad de comunicar a la Administración competente los lugares donde más riesgo existe de agresiones a profesionales a fin de aumentar las medidas de seguridad, para poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública. Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite su supresión o cancelación y siempre que resulten adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario para los fines para los que han sido recogidos. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopdp@comz.org.

FIRMA DEL INTERESADO