



ANEXO 3. COMUNICACIÓN DE AGRESIONES

A. CENTRO SANITARIO DONDE HA OCURRIDO LA AGRESIÓN

Área de salud

Centro

Localidad

Teléfono

Responsable del centro

B. DATOS DE LA AGRESIÓN

Fecha Hora Franja horaria ☐ Mañana, 6:00 a 14:00 ☐ Tarde, 14:00 a 22:00 ☐ Noche, 22:00 a 6:00

Turno ☐ Mañana diario ☐ Tarde diario ☐ Noche diario ☐ No disponible
☐ Mañana F/S o festivo ☐ Tarde F/S o festivo ☐ Noche F/S o festivo

Lugar de agresión ☐ Consultas ☐ Domicilio/vía pública ☐ Urgencias
☐ Salud Mental/Unidades Psiquiatría ☐ Hospitalización ☐ Admisión/Punto de Información

Tipo de agresión ☐ Física
☐ No Física (☐ Atención presencial ☐ Atención telefónica ☐ Redes Sociales ☐ Otras)

Agresión en presencia de otras personas (☐ Sí ☐ No) Testigos

Descripción de la agresión

B.1 Violencia ejercida en los bienes materiales o enseres

B.2. Intervención en el momento de la agresión

☐ FFCCSE ☐ Seguridad privada ☐ Compañeras/os ☐ No intervención

Se utilizaron los medios previstos (☐ Sí ☐ No) Motivo (en caso negativo) _____

B.3 Causas alegadas de la agresión

	<i>Demanda de atención</i>	<i>Demanda de prestaciones</i>
Causas relacionadas con las demandas del usuario/a	☐ Sin cita o fuera de cita ☐ De atención inmediata ☐ Sin documentación requerida	☐ De prueba complementaria o medicación ☐ De derivación a especialista ☐ De baja laboral no procedente
Causas relacionadas con la atención percibida por el usuario/a	☐ Desacuerdo con tiempos de espera ☐ Desacuerdo por falta de información o trámites burocráticos	☐ Desacuerdo con el trato recibido ☐ Desacuerdo con las normas del centro
Causas relacionadas con el propio acto sanitario administrativo realizado	☐ Errores de citaciones	☐ Errores en la asistencia ☐ Contención de pacientes agitados
Causas ajenas a la organización o a la asistencia prestada	☐ Discusión entre usuarios	☐ Estado o condición del propio usuario



C. PERSONA AGREDIDA			
Nombre y apellidos			NIF
Categoría profesional	Fecha nacimiento		Teléfono
Correo electrónico		Nacionalidad	
Nivel asistencial	<i>Atención primaria</i> ☐ Centro de salud ☐ Consultorio ☐ Urgencias no hospitalarias ☐ Asistencia domiciliaria	<i>Atención hospitalaria</i> ☐ Hospital ☐ Salud mental ☐ Centro de especialidades	<i>Atención emergencias extrahospitalarias)</i> ☐ Transporte sanitario ☐ UVI móvil
C.1 Centro de origen de la persona agredida			
Área de salud	Centro	Localidad	

D. PRESUNTA PERSONA AGRESORA			
Tipo	☐ Usuario/paciente ☐ Familiar/acompañante		Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Indistinto ☐ No informado
Rango de edad	☐ Menor de 18 ☐ 18-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-65 ☐ Mayor 65		
Reincidente	☐ Sí ☐ No		Conocía a la persona agresora previamente ☐ Sí ☐ No
Síntomas	☐ Drogadicción/Alcoholismo ☐ Deterioro cognitivo ☐ Trastorno psiquiátrico ☐ Ninguno de los anteriores ☐ Otros _____		
Nombre y apellidos			NIF

E. SEGUIMIENTO DE LA AGRESIÓN			
Para el profesional	☐ Requirió asistencia sanitaria ☐ Requirió atención legal <i>Observaciones</i>	☐ Incapacidad Temporal ☐ No requirió atención	☐ Sin datos disponibles
Para la persona agresora (*)	☐ Carta reprobatoria ☐ Presentación de denuncia	☐ Cambio de asignación de profesional o centro ☐ Sin datos disponibles	☐ Sanción administrativa ☐ Ninguna de las anteriores
Medidas adoptadas por las Administraciones Sanitarias (*)	Orientadas al profesional del servicio sanitario Orientadas al paciente Orientadas a la gestión de la organización	(☐ Sí ☐ No ☐ Dato no disponible) (☐ Sí ☐ No ☐ Dato no disponible) (☐ Sí ☐ No ☐ Dato no disponible)	

(*) Serán cumplimentados por el profesional guía.

Fecha:

Responsable inmediato
Nombre y apellidos:
Cargo: