



**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 <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
1. Físicas <input type="checkbox"/>	2. Psíquicas <input type="checkbox"/>	3. Ambas <input type="checkbox"/>	
Especificar:			

¿EXISTE PARTE DE LESIONES?	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

¿HAS ESTADO EN TRATAMIENTO?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
Tipo de tratamiento:			
1. Farmacológico <input type="checkbox"/>	2. Quirúrgico <input type="checkbox"/>	3. Psiquiátrico <input type="checkbox"/>	4. Psicológico <input type="checkbox"/>
Tratamiento por:			
1. Médico de AP <input type="checkbox"/>	2. Médico de Hospital <input type="checkbox"/>	3. Consulta privada <input type="checkbox"/>	
4. Automedicación <input type="checkbox"/>		5. PAIME <input type="checkbox"/>	
6. Otros:			

¿SE TRAMITÓ BAJA LABORAL?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
¿Cómo accidente de trabajo?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
Tiempo de baja laboral:			días
Motivo baja laboral:			

¿HA HABIDO DAÑOS MATERIALES?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?		
1. Policía Nacional <input type="checkbox"/>	2. Guardia Civil <input type="checkbox"/>	
3. Policía Local <input type="checkbox"/>	4. Seguridad Privada <input type="checkbox"/>	

¿SE HA PRESENTADO DENUNCIA?	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	3. No sabe <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

¿SE TRAMITÓ DILIGENCIAS PREVIAS?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
Juzgado:			
Diligencias nº:			
¿SE CELEBRÓ JUICIO?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿fue condenatorio?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
¿RECIBISTE APOYO O ASESORAMIENTO POR PARTE DE LA EMPRESA?			
1. Legal <input type="checkbox"/>		2. Psicológico <input type="checkbox"/>	
3. Ambas <input type="checkbox"/>			
4. Otros:			
¿RECIBISTE APOYO POR PARTE DE COMPAÑEROS O AGENTES SOCIALES?			
1. Sí <input type="checkbox"/>		2. No <input type="checkbox"/>	
Especificar:			
¿HAS SUFRIDO AGRESIONES PREVIAS?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
Número de agresiones:			
Lugar:			
¿Por el mismo agresor?		1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
¿SE TIENE CONSTANCIA DE ANTERIORES AGRESIONES EN EL CENTRO?			
1. Sí <input type="checkbox"/>		2. No <input type="checkbox"/>	
¿Fueron denunciadas?	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	3. No sabe <input type="checkbox"/>
¿SE TIENE CONSTANCIA DE POSTERIORES AGRESIONES EN EL CENTRO?			
1. Sí <input type="checkbox"/>		2. No <input type="checkbox"/>	
¿Por parte del mismo agresor?	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	3. No sabe <input type="checkbox"/>
¿Fueron denunciadas? <input type="checkbox"/>	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	3. No sabe <input type="checkbox"/>

¿SE HAN TOMADO MEDIDAS PARA ATAJAR FUTURAS AGRESIONES?	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	--------------------------------

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 [lopd@comz.org](mailto:lopd@comz.org).*

<b>FIRMA DEL INTERESADO</b>