|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **Violencia en el Trabajo** |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Notificación de Acto Violento** |
|  |

Por favor, escribir con letra legible. Emplear un informe anexo si se juzga necesario

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA INCIDENTE:**................................................................ | **FECHA DE COMUNICACION:**............................................................... | **INTERVENCIÓN EN EL MOMENTO DE LA AGRESIÓN:****AVISO A POLICIA / GUARDIA CIVIL**  **AVISO A COMPAÑEROS** **AVISO A SEGURIDAD PRIVADA**  **NO INTERVENCIÓN**  |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** ...........................................................................................................................................................................................**EDAD: <25 AÑOS󠇮󠇝 25-35 AÑOS󠇮󠇮 36-45 AÑOS󠇮󠇝 46-55 AÑOS󠇝󠇮 56-65 AÑOS󠇮󠇝 ˃65 AÑOS󠇝󠇮**  |
| **CATEGORÍA PROFESIONAL:****FACULTATIVO/A󠇝󠇝 ENFERMERO/A󠇮󠇮 TCAE󠇮󠇝 CELADOR/A󠇝󠇮 PERSONAL ADMINISTRATIVO󠇝󠇝 OTRAS󠇝󠇮**(especificar) ......................................... |
| **TURNO: 󠇝****MAÑANA DIARIO󠇮** **MAÑANA F/S\* O FESTIVO󠇮** **󠇝 TARDE DIARIO** **TARDE F/S O FESTIVO󠇝** **NOCHE DIARIO󠇮** **NOCHE F/S O FESTIVO󠇮** **\*F/S: Fin de semana****HORA DE LA AGRESIÓN:** | **LUGAR DE LA AGRESIÓN:****CONSULTAS** **DOMICILIO/VÍA PÚBLICA****URGENCIAS** **SALUD MENTAL/ UD. PSIQUIATRÍA****HOSPITALIZACIÓN** **ADMISIÓN/PUNTOS DE INFORMACIÓN** |
| **CENTRO DE TRABAJO**: .......................................................................................... | **LUGAR INCIDENTE:** ..,........................................................................................ |
| **AGRESIÓN NO FISICA:** |  |
| PRESENCIAL  TELEFONICA  REDES SOCIALES  OTRAS  (especificar)......................................... | **INFORMADO SUPERVISOR / COORDINADOR:** SI  NO  |
|  |
| **AGRESIÓN FÍSICA:** EMPUJADO  GOLPEADO  SUJETADO  PINCHADO  | **NOMBRE:**.................................................................................................................... |
| OTRA  |  |
| **I N C I D E N T E** | **DESCRIBIR CÓMO SUCEDIÓ, CAUSAS INMEDIATAS Y OTRAS QUE LO FAVORECIERON:** |  |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| ................................................................................................................................................................................................ |
| **A G R E S O R** | **NOMBRE:** ................................................................................................................................................... **DNI:** ...................................................................................**DOMICILIO**:  |
| HOMBRE  MUJER  EDAD: PACIENTE FAMILIAR ACOMPAÑANTE  |
| CON ANTECENDENTES DE ACTOS VIOLENTOS SI  NO  DATO NO DISPONIBLE   |
| **T E S T I G O S** | **PERSONAS Y COMO LOCALIZARLAS:** |
| .................................................................................................................................................................................................... |
| .................................................................................................................................................................................................. |
| ................................................................................................................................................................................................. |

***\*Sigue al dorso***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V I O L E N C I A****F I S I C A** | *DESCRIPCIÓN DE LESIONES* : | *Señale en el gráfico la localización de las lesiones* |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| ................................................................................................................. |
| **ASISTENCIA POR LESIONES: SI  NO ****APOYO PSICOLÓGICO: SI  NO ** **CAUSÓ IT POR LAS LESIONES: SI**  **NO**  **(tramitar como accidente de trabajo)**  |
| **P S I Q U I C A** | ***AMENAZAS O COACCIONES:*** |
| .................................................................................................................................................................................................... |
| .................................................................................................................................................................................................. |
| ................................................................................................................................................................................................. |
| ................................................................................................................................................................................................. |
| ................................................................................................................................................................................................ |
|  | ***ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS y/o LEGALES*** |
| **INCIDENTE COMUNICADO A LA GERENCIA DE ÁREA NO**  **SI**  |
| **ACCIONES JUDICIALES INICIADAS POR EL SCS** |
| **-A INSTANCIA DEL TRABAJADOR NO**  **SI**  |
| **-DE OFICIO POR EL PROPIO SCS NO**  **SI**  |
| **ACCIONES JUDICIALES POR CUENTA DEL AFECTADO: NO**  **SI** En caso de no interponer denuncia indicar el motivo (señale lo que proceda):  miedo a represalias.  trámite burocrático complejo. falta de entidad.  falta de informaciónotras causas (especificar causa):……………………………………... **RESULTADO DE LA AGRESIÓN:** |
| *OTRAS ACTUACIONES (p.e. Colegios Profesionales o Sindicales):* |
| .................................................................................................................................................................................................. |
| ................................................................................................................................................................................................. |
| .................................................................................................................................................................................................... |
| .................................................................................................................................................................................................... |
| *OBSERVACIONES*: |
| ................................................................................................................................................................................................. |
| ................................................................................................................................................................................................ |
|  | **FIRMA DEL TRABAJADOR:** | **FIRMA DEL SUPERVISOR/COORDINADOR *(Si informado):*** |