|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | **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):*** | |