

RECOMENDACIONES DEL EXCMO. COLEGIO OF. DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CADIZ ANTE SITUACIONES DE AMENAZAS Y AGRESIONES AL PERSONAL FACULTATIVO

I- Ante una amenaza o situación de agresión.

- Mantener una adecuada distancia de seguridad, situándose junto a la puerta o salida.
- Intentar controlar la situación mediante el diálogo o argumentos verbales.
- Alertar a otros trabajadores del Centro, al Servicio de Seguridad y abandonar el lugar, evitando estar a solas con el presunto agresor.

II- Si la agresión se produce.

- Pedir ayuda a otras personas que se encuentren en el lugar para avisar a la Policía o Servicios de Seguridad del Centro.

- Conservar las pruebas de la agresión y el nombre de las personas que la hayan presenciado.
- Acudir a otro compañero a fin de que sean examinadas las lesiones sufridas y se realice el correspondiente parte de lesiones.
- También debe comprobarse tus plenas facultades para continuar tu trabajo o si debe ser interrumpido después de la amenaza o agresión.
- Tomar contacto con la Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Médicos de Cádiz.
- Realizar denuncia de lo sucedido y hacer constar el domicilio del Centro de trabajo y no el domicilio particular.

UNA AMENAZA O AGRESIÓN SIEMPRE DEBE TENER UNA RESPUESTA EN LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA PARA ELLO TOMA CONTACTO CON LA ASESORIA JURÍDICA DE TU COLEGIO (956211691)



Excmo. Colegio Of. de Médicos de la Provincia de Cádiz

(En base al formulario elaborado por el Consejo General de Colegios Médicos)

REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS/AS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CADIZ

EXPEDIENTE N° **Fecha**/...../.....

DATOS DEL COLEGIADO/A

Apellidos Nombre.....
DNI.: Fecha nacimiento:/...../..... Sexo (H/M)
Nº Colegiado/a COM :

DIRECCIÓN DE TRABAJO

Centro
Calle.....Teléfono.....
Correo electrónico@.....
CP: Población

RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS

[Empty box for reporting facts and witnesses]

TESTIGOS

- 1. Nombre: DNI:
- 2. Nombre: DNI:
- 3. Nombre:..... DNI:
- 4. Nombre:..... DNI:

DATOS DE LA AGRESIÓN

Fecha : ____ - ____ - _____ Hora: _____

Tipo de agresión:

¿Se han tomado medidas para cortar futuras agresiones? 1. Si 2. No
Especificar:

¿Cuáles cree que serían las medidas para cortar las agresiones a médicos/as?

¿Existen lesiones?

1. Físicas 2. Psíquicas 3. Ambas

Especificar.....

¿Existe escrito de lesiones? 1. Si 2. No

¿Ha estado en tratamiento? 1. Si 2. No

Farmacológico Quirúrgico
Psiquiátrico Psicológico

Tratamiento por:

1. Médico/a de AP 2. Médico/a de Hospital 3. Consulta Privada
4. Automedicación 5. PAIME 6. Otros

¿Se tramitó baja laboral? 1. Si 2. No

¿Como accidente de trabajo? 1. Si 2. No

Tiempo de baja laboral: _____ días

Motivo baja laboral:

¿Ha habido daños materiales? 1. Si 2. No

Especificar.....

¿Se tramitaron diligencias previas? 1. Si 2. No

Juzgado

Diligencias.....

¿Se celebró juicio? 1. Si 2. No

En caso afirmativo, fue condenatorio? 1. Si 2. No

¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de la empresa?

1. Legal 2. Psicológico 3. Ambos 4. Otros.....

¿Recibió apoyo por parte de compañeros/as o agentes sociales? 1. Si 2. No

Especificar.....

En _____, a ____ de _____ de 20 __

Firma:

Los datos de carácter personal que Vd. nos facilita son incluidos en un fichero de tratamiento automatizado de datos, del que es titular la Organización Médica Colegial. La finalidad del tratamiento es comunicar a la Administración los lugares en los que hay más riesgo de agresiones a profesionales, con el fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

Conforme a lo dispuesto en la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito dirigida a: Organización Médica Colegial, Plaza de las Cortes, nº 11, 28014 Madrid.

La cumplimentación del presente formulario comporta el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a las finalidades manifestadas.