

## Alta del Incidente

Nº Registro  Fecha del incidente (dd/mm/aaaa)  Hora del incidente (hh:mm)

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellidos  Nombre  NIF/NIE   
 Fecha Nacimiento:  Sexo  Teléfono  Domicilio   
 Localidad  Provincia  CP   
 Área  Centro de Trabajo  Servicio o Unidad   
 Categoría  Especialidad

**UBICACIÓN**

Centro habitual trabajo	Centro de trabajo no habitual	<input type="text"/>
Desplazamiento en jornada		
In itinere (Únicamente relacionado con la Actividad Asistencial)	Lugar donde se produce el incidente	<input type="text"/>

**DATOS DEL AGRESOR(\*)**

Rango de Edad del Agresor:  Paciente hospitalizado  Familiar o acompañante de paciente   
 Sexo del Agresor  Paciente no hospitalizado  Desconocido   
 Otros:

(\*) Estos datos han sido recogidos mediante información directa del agredido, y no habiéndose utilizado para ello ningún registro oficial

**DATOS DEL INCIDENTE**

Agresión Física  Amenazas  Coacciones  Daños materiales   
 Insultos, injurias, vejaciones  Otras:

Descripción del incidente

Causas del incidente

Tipo de intervención durante el conflicto: Seguridad Pública  Seguridad Privada  Compañeros  Otros

Existencia de conflictos previos al incidente, indicar

**CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE**

Lesiones  Parte de Lesiones  Precisa apoyo psicológico  Baja Laboral  Fecha de Baja   
 Gravedad  Denuncia  Fecha de denuncia   
 Localización   
 Descripción de las Lesiones   
 Medidas tomadas por la Gerencia

**TESTIGOS**

Nombre <input type="text"/>	Apellidos <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>
Nombre <input type="text"/>	Apellidos <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>
Nombre <input type="text"/>	Apellidos <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>

## Seguimiento del Incidente

Fecha de alta (si procedió IT)

**Firma**

**PROCEDIMIENTO JUDICIAL**

<p align="center"><b>ARCHIVO</b></p> <p>Fecha del archivo <input type="text"/></p> <p>Por Renuncia <input type="checkbox"/></p> <p>Por Decisión Judicial <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>JUICIO DE FALTAS</b></p> <p>Fecha de la sentencia <input type="text"/></p> <p>Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/></p> <p>Sentencia Condenatoria <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>PROCEDIMIENTO ABREVIADO</b></p> <p>Fecha de la Sentencia <input type="text"/></p> <p>Sentencia Absolutoria <input type="checkbox"/></p> <p>Sentencia Condenatoria <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>Firma</b></p> <p><input type="text"/></p>
---	--	---	--

El formulario consta de dos partes, la primera destinada al registro inicial Alta del Incidente y la segunda al Seguimiento del Incidente.

- ❖ **Alta del Incidente:** Tiene como objeto la recogida inicial de los datos de un incidente ocurrido a trabajadores dependientes de la Comunidad de Madrid.
  - Es obligatorio cumplimentar la **fecha y hora del incidente**, así como **todos los datos personales del trabajador**.
  - A continuación se muestra una descripción de determinados campos del formulario para su correcta cumplimentación:
    1. **Centro de Trabajo:** Centro, donde el trabajador presta servicios.
    2. **Servicio o Unidad:** Servicio al que pertenece el trabajador. Si en el desplegable no encontrara el servicio al que pertenece o no estuviera asignado a un servicio o unidad, el interesado puede seleccionar las opciones de otros servicios sanitarios o no sanitarios introducirlo de forma manual o dejarlo en blanco.
    3. **Categoría:** Si en el desplegable no encontrara la categoría a la que pertenece, puede seleccionar otra categoría equivalente o introducirla de forma manual.
    4. **Especialidad:** Este campo hace referencia únicamente a las especialidades médicas.
    5. **Centro de Trabajo no habitual:** Este campo sólo se cumplimentará cuando el incidente se haya producido en un centro diferente al habitual de trabajo.
    6. **Lugar:** Lugar, ubicación, unidad o localización en la que se ha producido el incidente (*ejemplo: urgencias, admisión, domicilio particular, vía pública, etc.*).
    7. **Tipo de Agresión:** Se podrá seleccionar una o varias opciones de las mostradas en el formulario, en el caso de no encontrar la opción deseada podrá escribirla en el campo "Otras".
    8. **Tipo de intervención durante el conflicto:** Se podrá seleccionar una o varias opciones, en función de la intervención que se haya llevado a cabo.
    9. **Existencia de conflictos previos al incidente:** Indicar, si han existido, conflictos o situaciones previas al incidente.
    10. **Medidas tomadas por la Gerencia:** Indicar si se conoce, la medida o medidas que la Gerencia haya adoptado tras el incidente.
  - En el apartado reservado a los testigos, es obligatorio que cada testigo que sea introducido en el formulario extienda su firma, en el lugar reservado para ello. En caso contrario, no serán almacenados en el registro.
- ❖ **Seguimiento del Incidente:** Tiene como finalidad la recogida de datos referentes a los procedimientos judiciales y/o fecha de alta de IT, que hayan tenido lugar como consecuencia directa de un incidente registrado mediante la entrega previa de alta.
  - Para la cumplimentación de este apartado, es obligatorio indicar la **fecha y hora del incidente**, así como los **datos personales del trabajador**, con los mismos datos entregados en el alta.

En ningún caso deberá cumplimentarse el número de registro.

Cada formulario entregado deberá hacer referencia a un mismo incidente, con independencia de que se cumplimenten datos referentes al alta o seguimiento del incidente.

Una vez cumplimentado el formulario y firmado, el trabajador deberá remitir a la Gerencia el original, quedándose con una copia para constancia de la notificación efectuada.

**INFORME COMPLEMENTARIO AL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIÓN CONFLICTIVA CON CIUDADANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

<b>CENTRO DE SALUD:</b>	<b>FECHA INCIDENTE:</b>
<b>NOMBRE Y APELLIDOS AFECTADO:</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL INCIDENTE:</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO DE LOS CAUSANTES DEL INCIDENTE</b> (con nivel de participación de cada uno):	
<b>SE SOLICITA:</b>	
Profesional sanitario: CAMBIO DE MÉDICO/ENFERMERA:	SI ----- NO -----
Otros Profesionales: MEDIDAS ORGANIZATIVAS EN EL CS:	SI ----- NO -----

**Nombre y firma** de la persona que notifica el incidente:

.....

Fecha:.....

Documentación que se acompaña <b>(Copia)</b>
<input type="radio"/> Reclamación del ciudadano
<input type="radio"/> Denuncia del profesional
<input type="radio"/> Parte de Lesiones

Este documento se cumplimentará para poder adoptar las medidas organizativas necesarias encaminadas a preservar la adecuada prestación del servicio en el Centro de Salud.