



## REGISTRO DE INCIDENTES VIOLENTOS CON USUARIOS DEL SERVICIO RIOJANO DE SALUD

### 1. Datos del trabajador

Nombre: ..... D.N.I.: .....  
Dirección: ..... Localidad: .....  
Teléfono: ..... e-mail: .....  
Vínculo. Funcionario  Estatutario   
Fijo  Interino   
Categoría profesional: ..... Antigüedad en el puesto: .....  
Trabajo habitual .....

### 2. Datos del responsable del centro

Nombre: .....  
Centro de trabajo: ..... Dirección: .....  
Responsabilidad en el centro: .....  
Teléfono de contacto: .....

### 3. Datos sobre el incidente:

Fecha del incidente: ..... Día de la semana: ..... Hora: .....  
Fecha de la declaración: .....  
Lugar del incidente\* .....

Tipo de agresión:  Física: con/sin lesiones  Verbal o gestual  
 Amenazas  Daños materiales

Circunstancias que rodearon a los hechos\*\*:  
.....  
.....  
.....  
.....

Descripción de la agresión:  
.....  
.....  
.....  
.....



Testigos.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> - Nombre: .....
¿Intervinieron fuerzas de seguridad?.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
¿Requirió asistencia sanitaria?.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
¿Se extendió parte de lesiones?.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> Adjuntar al S.P.R.L.
¿Ha requerido baja laboral?.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
¿Existieron daños materiales?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> ¿Cúales? .....
¿Se ha tramitado denuncia?	No <input type="checkbox"/>	

**\*Ubicación del incidente:**En Atención Primaria En Atención Especializada 

Admisión	
Sala de espera	
Consulta	
Hospitalización	
Sº Especiales	
Urgencias	
Atención a domicilio	
Otros.....	
.....	

**\*\*Motivo que desencadenó el incidente**

Falta de información de los trámites administrativos	<input type="checkbox"/>	Disconformidad con la cita	<input type="checkbox"/>
Falta de documentación reglamentaria	<input type="checkbox"/>	Error de citación	<input type="checkbox"/>
Error de información	<input type="checkbox"/>	Lista de espera	<input type="checkbox"/>
Tiempo de espera para citarse	<input type="checkbox"/>	Demora en la asistencia	<input type="checkbox"/>
Paciente sin cita previa	<input type="checkbox"/>	Disconformidad con la asistencia	<input type="checkbox"/>
Disconformidad con el trato	<input type="checkbox"/>	Disconformidad información	<input type="checkbox"/>
Disconformidad información clínico asistencial	<input type="checkbox"/>	Paciente que llega tarde	<input type="checkbox"/>
Otros (Describir) <input type="checkbox"/>			

**4.- Datos del ciudadano causante del incidente:**

Nombre y apellidos.....

D.N.I..... Edad.....

Domicilio.....



Paciente  Acompañante

Factores predisponentes:  consumo de sustancias tóxicas  
 enfermedad mental

Persigue un beneficio fraudulento (Bajas, recetas,...)

Previo al incidente existían indicios del conflicto.....

#### **5.- Otras medidas:**

¿Requiere apoyo psicológico?

¿Requiere apoyo jurídico para tramitar denuncia?

Resolución de la denuncia (si se trató)

.....  
.....  
.....

**Manifiesto de rechazo:**    si     no

#### **6.- Informe de la investigación del incidente**

##### **1.- Análisis de las causas:**

.....  
.....  
.....

##### **2.- Propuesta de medidas de mejora:**

.....  
.....  
.....