



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 Laboral
 Fijo Interino Otros contratos
 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 Si - Nombre:.....
- ¿Intervinieron fuerzas de seguridad?. No Si
- ¿Requirió asistencia sanitaria?. No Si
- ¿Se extendió parte de lesiones?. No Si Adjuntar al S.P.R.L.
- ¿Ha requerido baja laboral?. No Si
- ¿Existieron daños materiales? No Si ¿Cuáles?
- ¿Se ha tramitado denuncia? No

***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 tramitó)

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

Manifiesto de rechazo: **si** **no**

6.- Informe de la investigación del incidente

1.- Analisis de las causas:

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

2.- Propuesta de medidas de mejora:

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