



Datos de la Agresión

☐ Centro Público		☐ Centro Privado	
Fecha:		Hora:	
Tipo de Centro:		Centro, Servicio o Unidad:	
Localidad:		C.P.:	

Detalles de la Agresión

☐ Agresión verbal (incluye gritos, insultos)	☐ Agresión física a profesionales	☐ Intento de agresión física
☐ Amenaza con armas (con la presencia física del arma)		☐ Amenaza contra la integridad física del profesional
☐ Desperfectos o maltrato de las instalaciones		☐ Ha habido daños sobre los bienes personales del profesional

Lugar/es concreto/s donde se materializa la Agresión (solo marcar una)

☐ Atención Hospitalaria		☐ Atención Primaria	
☐ Admisión	☐ Sala de Espera	☐ Urgencias	☐ Sala de Fisioterapia
☐ Domicilio	☐ Consulta Enfermería	☐ Ambulancia	☐ Exteriores del Centro
☐ Cafetería	☐ Consulta Médica	☐ Habitación del paciente *	☐ Control enfermería
☐ Despachos	☐ Hospitalización de psiquiatría *	☐ Zonas de Tránsito (ascensores, escaleras, pasillos)	☐ Otros:

**Solo en Atención Hospitalaria*

Causa principal que ha motivado la Agresión (solo marcar una)

☐ Demandar prestación/medicación para un familiar.	☐ Disconformidad con el tiempo de atención en el centro.
☐ Demandar atención fuera de la cita programada.	☐ Disconformidad con el tiempo de atención en los avisos urgentes.
☐ Demandar atención sin cita previa.	☐ Discusión entre usuarios.
☐ Demandar tratamiento distinto al prescrito.	☐ Agresión/acoso por razón de género.
☐ Demandar prestación no incluida en las opciones anteriores.	☐ Desacuerdo con el trato o conducta en el acto del profesional.
☐ No haber sido derivado al especialista.	☐ Por razón de raza.
☐ No recibir parte de alta o baja.	☐ Sin causa aparente.
☐ Durante la contención mecánica	☐ Durante la contención verbal.
☐ Desacuerdo con las normas de funcionamiento del centro.	



Descripción del Incidente

Usuarios/as agredidos/as

¿La agresión ha afectado a otros usuarios que se encontraban en el centro?	☐ Sí, número:	☐ No
--	--------------------------------------	-----------------------------



Profesional Agredido/a			
Nombre y apellidos:			
D.N.I.:		Teléfono:	
Centro, Servicio, Unidad:		Puesto de Trabajo:	
¿Ha habido lesiones físicas?, descripción:			¿Causa Baja Laboral? ☐ Si ☐ No
☐ Tramitado IT	☐ Contingencia Común	☐ Contingencia Laboral	
¿Se ha puesto en contacto la Dirección del Centro/Representante con usted?			☐ Si ☐ No
¿Ha recibido asistencia sanitaria?			☐ Si ☐ No
¿Ha tramitado documento CATI?			☐ Si ☐ No
¿Le han informado que puede solicitar asistencia jurídica?			☐ Si ☐ No
¿Le han informado que puede solicitar asistencia psicológica?			☐ Si ☐ No
¿Ha realizado el curso de PRL de Control de Situaciones Conflictivas?			☐ Si ☐ No
¿Ha recibido otro tipo de formación en materia de agresiones?			☐ Si ☐ No
¿Ha recibido el asesoramiento y apoyo del profesional guía frente a agresiones?			☐ Si ☐ No
En caso de no haber recibido el apoyo del profesional guía frente a agresiones, indique por qué:			
☐ No aplica, recibido apoyo	☐ No lo consideraba necesario	☐ No sabía de su existencia	
Indique los datos de su Cargo Intermedio			
Nombre y apellidos:			
DNI:		Unidad/Servicio:	
Teléfono de contacto:		Categoría profesional:	
Señale el tipo de medida que en su opinión sería la más eficaz para reducir este tipo de incidentes: (solo marcar una)			
☐ Con campañas de concienciación dirigidas a usuarios.			
☐ Con consecuencias más severas para las personas que agreden.			
☐ Con medidas organizativas del centro que mejorarán la asistencia que se presta.			
☐ Con más formación al profesional para manejar mejor estas situaciones.			
☐ Incrementando las medidas de seguridad en los centros (infraestructura, vigilantes, cámara, etc.).			
☐ Ninguna de las anteriores.			

**Testigos (cualquier persona, SAS o no SAS)**

Nombre y apellidos:			Firma		
D.N.I.:		Teléfono:			
Domicilio:					
Localidad:		¿Pertenece al SAS?			☐ Si ☐ No
Nombre y apellidos:			Firma		
D.N.I.:		Teléfono:			
Domicilio:					
Localidad:		¿Pertenece al SAS?			☐ Si ☐ No

Perfil del Agresor/a

☐ Hombre	☐ Mujer	☐ Acompañante de Paciente/Usuario	☐ Usuario-a/paciente
Rango de edad (años): ☐ <18 ☐ 18-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-55 ☐ >65			
Síntomas que presenta:	☐ Trastorno psiquiátrico	☐ Drogadicción y/o Alcoholismo	
	☐ Deterioro Cognitivo (Demencia, Alzheimer, etc.)	☐ No presenta ninguno de los síntomas anteriores	
¿Conocía al agresor/a de otras ocasiones?			☐ Si ☐ No
¿Tiene constancia de incidentes anteriores de la misma persona?			☐ Si ☐ No
¿Ha existido intencionalidad en la agresión?			☐ Si ☐ No

Medidas de Seguridad en el Lugar de la Agresión (marque todas las que haya)

Medidas Seguridad existentes			La utilizó	
Alarma Individual (Tipo Tele-asistencia)	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Cámaras de seguridad	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
GPS en ambulancia	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Interfono	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Salida alternativa en consulta	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Software antipánico instalado en el PC de la consulta	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Teléfono	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Timbre en ambulancia	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Timbre en consultas, estar de enfermería, etc.	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Vigilante de seguridad	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
Tarjeta magnética	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
¿Si existían medidas y no las utilizó, podría indicar por qué?				



Policía y/o Empresa de Seguridad

¿Recibió la ayuda de algún compañero durante la agresión?		☐ Si	☐ No
¿En el momento de la agresión tiene constancia de que hubiera vigilante de seguridad en su centro?		☐ Si	☐ No
¿Se avisó al vigilante de seguridad?		☐ Si	☐ No
¿Cuántos minutos tardó en llegar?	¿Llegó a tiempo para intervenir?	☐ Si	☐ No
¿Se avisó a cuerpos de seguridad externos?		☐ Si	☐ No
☐ Policía Local	☐ Guardia Civil	☐ Policía Nacional	

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente documento

_____, a _____ de _____ de 20____

FDO: _____

EL/LA TRABAJADOR/A AGREDIDO/A

Declara responsablemente los hechos comunicados como ciertos

Cláusula de Protección Datos

Los datos de carácter personal que usted nos facilita serán tratados con la máxima confidencialidad, tienen como única finalidad, el tratamiento de los lugares donde más riesgo existe de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos), usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a estos datos.

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados.