

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

### PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES. (Código procedimiento: 13743)

<b>1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO</b>									
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:									
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	NÚMERO TELÉFONO:	FECHA DE LA ASISTENCIA:	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		

<b>2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA</b>									
APELLIDOS Y NOMBRE:								SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº:			FECHA NACIMIENTO:		EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:		PAÍS DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	TELÉFONOS:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL			
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:									
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:									

<b>3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)</b>									
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:									
<input type="checkbox"/> Violencia de género		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Sexual			
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Psicológico		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....									
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....									
<input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....									
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): .....									
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....									

<b>4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:</b>									
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:									
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:			TELÉFONO:		
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S									
<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a			
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No especifica		<input type="checkbox"/> Hijo/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)									
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI .....									
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):									
LA PERSONA ACUDE:									
<input type="checkbox"/> SOLA									
<input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): .....									
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:									

<b>5 LESIONES QUE PRESENTA</b> (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)									

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

<b>6</b>	<b>ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)		
<b>7</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS</b>		
<b>8</b>	<b>MEDIDAS TERAPEÚTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)		
<b>9</b>	<b>PRONÓSTICO CLÍNICO</b> (salvo complicaciones)		
<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO
<input type="checkbox"/>	GRAVE	<input type="checkbox"/>	MUY GRAVE
<b>10</b>	<b>PLAN DE ACTUACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/>	INGRESO	<b>PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES</b> <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad	
<input type="checkbox"/>	ALTA		
<input type="checkbox"/>	DERIVACION A:		
<input type="checkbox"/>	Atención Primaria		
<input type="checkbox"/>	Atención Especializada		
<b>11</b>	<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>		
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desde cuando: <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida			
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:			
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S			
<input type="checkbox"/>	Pareja actual	<input type="checkbox"/>	Expareja
<input type="checkbox"/>	Pareja del padre o de la madre	<input type="checkbox"/>	Hermano/a
<input type="checkbox"/>	Hijo/a	<input type="checkbox"/>	Padre/Madre
<input type="checkbox"/>	Tío/a y otro familiar	<input type="checkbox"/>	No familiar
<input type="checkbox"/>	No especifica		
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS			
DENUNCIAS PREVIAS:		¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ
<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:			
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12</b>	<b>OBSERVACIONES</b>		
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):			
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE		<input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:			
<input type="checkbox"/>	JUZGADO DE GUARDIA:	.....	
<input type="checkbox"/>	FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD:	.....	
<input type="checkbox"/>	SERVICIOS SOCIALES:	.....	
<input type="checkbox"/>	CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER:	.....	
<input type="checkbox"/>	OTROS RECURSOS (especificar):	.....	
<input type="checkbox"/>	SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA.		
<b>13</b>	<b>DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:			SEXO:
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN:	FECHA :	FIRMA:	

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

002986D

**ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA**

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>
En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: ..... (2)
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: .....
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

### PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.

(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO										
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:										
DOMICILIO:										
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:								
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:		
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	NÚMERO TELÉFONO:		FECHA DE LA ASISTENCIA:	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA										
APELLIDOS Y NOMBRE:										SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº:			FECHA NACIMIENTO:		EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:		PAÍS DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO:										
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:								
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:		
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	TELÉFONOS:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA			
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL				
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:										
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:										
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)										
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:										
<input type="checkbox"/> Violencia de género <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual										
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia										
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia										
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....										
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....										
<input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....										
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): .....										
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....										
4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:										
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:										
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:				TELÉFONO:		
				RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S						
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a							<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No especifica <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre			
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)										
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI .....										
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):										
LA PERSONA ACUDE:										
<input type="checkbox"/> SOLA										
<input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): .....										
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:										
5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)										

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA

002986D

<b>6</b>	<b>ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)		
<b>7</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS</b>		
<b>8</b>	<b>MEDIDAS TERAPEÚTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)		
<b>9</b>	<b>PRONÓSTICO CLÍNICO</b> (salvo complicaciones)		
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE			
<b>10</b>	<b>PLAN DE ACTUACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACION A:			
<input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada			
<b>PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES</b> <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad			
<b>11</b>	<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>		
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Desde cuando: <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida			
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ: NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S			
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica			
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS			
DENUNCIAS PREVIAS:		¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12</b>	<b>OBSERVACIONES</b>		
OTROS DATOS DE INTERES PARA EL ORGANISMO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia: miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares: precariedad económica, etc...):			
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:			
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: .....			
<input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: .....			
<input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: .....			
<input type="checkbox"/> CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: .....			
<input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): .....			
<input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA.			
<b>13</b>	<b>DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:			SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN:	FECHA :	FIRMA:	

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA

002986D

**ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA**

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:	
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)	
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: ..... (2)	
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.	
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.	
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.	
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: ..... (3)	
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.	
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, <a href="mailto:dpd.sspa@juntadeandalucia.es">dpd.sspa@juntadeandalucia.es</a> . En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.	
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a> En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.	

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

### PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.

(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO										
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:										
DOMICILIO:										
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:								
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:		
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	NÚMERO TELÉFONO:	FECHA DE LA ASISTENCIA:	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)			
2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA										
APELLIDOS Y NOMBRE:										SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº:			FECHA NACIMIENTO:		EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:		PAÍS DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO:										
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:								
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:		
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	TELÉFONOS:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA			
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL				
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:										
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:										
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)										
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:										
<input type="checkbox"/> Violencia de género		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Sexual				
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia		
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Psicológico		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia		
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN:		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Verbal		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....		
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE:		<input type="checkbox"/> Doméstico		<input type="checkbox"/> Escolar		<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Tráfico		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....
<input type="checkbox"/> ANIMALES:		<input type="checkbox"/> Mordedura		<input type="checkbox"/> Arañazo		<input type="checkbox"/> Lamedura		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) .....		
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): .....										
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....										
4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:										
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:										
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:				TELÉFONO:		
				RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S						
<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a				
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No específica		<input type="checkbox"/> Hijo/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre		
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)										
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI .....										
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):										
LA PERSONA ACUDE:										
<input type="checkbox"/> SOLA										
<input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): .....										
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:										
5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)										

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO

002986D

<b>6</b>	<b>ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)		
<b>7</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS</b>		
<b>8</b>	<b>MEDIDAS TERAPEÚTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)		
<b>9</b>	<b>PRONÓSTICO CLÍNICO</b> (salvo complicaciones)		
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE			
<b>10</b>	<b>PLAN DE ACTUACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACION A: <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada		<b>PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES</b> <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad	
<b>11</b>	<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>		
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    Desde cuando: <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida			
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:			
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S			
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica			
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS			
DENUNCIAS PREVIAS:		¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12</b>	<b>OBSERVACIONES</b>		
OTROS DATOS DE INTERES PARA EL ORGANISMO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia: miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares: precariedad económica, etc...):			
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:			
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: .....			
<input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: .....			
<input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: .....			
<input type="checkbox"/> CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: .....			
<input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): .....			
<input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA.			
<b>13</b>	<b>DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:			SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN:	FECHA :	FIRMA:	

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO

002986D

**ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA**

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)</p> <p>b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: ..... (2)</p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.</p> <p>d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.</p> <p>e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: ..... (3)</p> <p>1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.</p> <p>2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.</p> <p>3.- En caso de tratarse de un Centro Público, <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a> En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.</p>

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

### PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES. (Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO									
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:									
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	NÚMERO TELÉFONO:	FECHA DE LA ASISTENCIA:	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA									
APELLIDOS Y NOMBRE:								SEXO:	
								<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº:			FECHA NACIMIENTO:		EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:		PAÍS DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:	TELÉFONOS:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL			
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:									
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:									
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)									
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:									
<input type="checkbox"/> Violencia de género		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Sexual			
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Psicológico		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN:		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Verbal		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE:		<input type="checkbox"/> Doméstico		<input type="checkbox"/> Escolar		<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____	
<input type="checkbox"/> ANIMALES:		<input type="checkbox"/> Mordedura		<input type="checkbox"/> Arañazo		<input type="checkbox"/> Lamedura		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____	
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): _____									
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): _____									
4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:									
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:									
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES:					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:			SEXO:	
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:			TELÉFONO:		
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S									
<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a			
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No especifica		<input type="checkbox"/> Hijo/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)									
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____									
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):									
LA PERSONA ACUDE:									
<input type="checkbox"/> SOLA									
<input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): _____									
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:									
5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)									



<b>6</b>	<b>ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)
<b>7</b>	<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS</b>
<b>8</b>	<b>MEDIDAS TERAPEÚTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)
<b>9</b>	<b>PRONÓSTICO CLÍNICO</b> (salvo complicaciones)
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE	

<b>10</b>	<b>PLAN DE ACTUACIÓN</b>
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACION A: <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada	PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad

<b>11</b>	<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      Desde cuando: <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:	
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____	
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      ¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

<b>12</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
OTROS DATOS DE INTERES PARA EL ORGANISMO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia: miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares: precariedad económica, etc...):	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:	
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: ..... <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: ..... <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: ..... <input type="checkbox"/> CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: ..... <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): ..... <input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA.	

<b>13</b>	<b>DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN: _____	FECHA: _____ FIRMA: _____

**ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA**

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)

b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: ..... (2)

c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.

e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: ..... (3)

1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

3.- En caso de tratarse de un Centro Público, <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos> En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

002986D