**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES HACIA LOS FUNCIONARIOS DE LA SALUD PÚBLICA.**

**Este documento debe ser completado por el Jefe Directo del Afectado, escrito con letra imprenta y legible.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. IDENTIFIQUE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES): (marque con una “X”).** | | | | | |
| TIPOS DE AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA: | Con arma de fuego. |  | TIPOS DE AGRESIÓN VERBAL EFECTIVA: | Sexual verbal (uso de lenguaje con  Connotación sexual u obscena). |  |
| Con arma blanca. |  | Amenazas u hostigamientos. |  |
| Con objeto contundente. |  | Insultos o garabatos. |  |
| Sexual (tocaciones, agarrones, etc.). |  | Burlas o descalificaciones. |  |
| Empujones, combos, patadas. |  | Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales. |  |
| Otro tipo de agresión física. |  | Otro tipo de agresión verbal. |  |
| Ataque contra la infraestructura. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN:** | | | | | |
| Fecha: |  | Hora: |  | Comuna: |  |
| Establecimiento: |  | | Unidad/Servicio/  Sector: |  | |
| Servicio de  Salud: |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Llenado para Funcionarios/as de APS:* | | | | | | | | | *Llenado Funcionarios/as de Hospitales:* | | | | | | | | | |
| Estamento. (Marque con una “X”). | (f) Aux. | (e) Adm. | (d) Tec. | | (c)  Tec. Sup. | (b) Prof | (a)  Med. Otros | | Estamento. (marque con una  “X”). | | Aux. | Adm. | | | Tec. | Prof. | Ley Med. | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | |
| Indique cual |  | | | | | | | | Indique cual | |  | | | | | | | |
| Run: |  | | | | | | | | Fecha nacimiento: | |  | | | | | Edad: |  | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | | | | Correo electrónico: | |  | | | | | | | |
| Mutualidad: | ISL. | |  | Mutual de  Seguridad. | | | |  | ACHS. |  | IST. | |  | Sin mutualidad. | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. DATOS DE EL/LA AGRESOR/A (*de ser posible*):** | | | | | |
| Tipo de agresor/a: | Paciente | Familiar/acompañante del paciente | Paciente de Salud Mental | | Otro/a |
|  |  |  | |  |
| Nombre  completo: |  | | | | |
| Run: |  | | Sector: |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Domicilio: |  | Teléfono: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V. TESTIGOS DEL CONFLICTO:** | | | |
| Nombre completo (T1): |  | | |
| Run: |  | Teléfono: |  |
| Nombre completo (T2): |  | | |
| Run: |  | Teléfono: |  |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS.**

**VI.**

**VII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE.**

|  |  |
| --- | --- |
| **VIII. FIRMAS:** | |
|  |  |
| FIRMA FUNCIONARIO/A AFECTADO/A. | FIRMA JEFATURA DIRECTA. |