

AGRESIONES CONTRA MÉDICOS
FORMULARIO DE DENUNCIA (*)
REGISTRO

DATOS DEL DENUNCIANTE

NOMBRES Y APELLIDOS

DOMICILIO

TELÉFONO

CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

MEDICINA GENERAL

ESPECIALIDAD (es)

N° AFILIACIÓN CAJA PROFESIONAL

FECHA DE LA PRESENTE DECLARACIÓN / /

CIRCUNSTANCIA DENUNCIADA

UBICACIÓN EN EL TIEMPO

Fecha / /

Hora

TIPO DE AGRESIÓN

Insultos

Amenazas

Difamaciones

Física

Otro (señalar brevemente)

LUGAR seleccionar Otro

Calles

Departamento

Teléfono

JERARCA INMEDIATO DEL DENUNCIANTE AL OCURRIR LOS HECHOS

Nombres y Apellidos

Cargo del Jerarca

Teléfono

FUNCIÓN DEL DENUNCIANTE AL OCURRIR LOS HECHOS seleccionar

Otros

TIPOLOGÍA DEL AGRESOR seleccionar

ANTECEDENTES DEL AGRESOR (si se conocen)

Antecedentes de toxicomanías

* Aprobado el 11.02.2009 por la Comisión Interinstitucional para la Violencia en Salud.

Califique la relación con el paciente anterior al hecho
¿Existe vínculo con familiares del paciente?
Califique la relación con familiares anterior al hecho

¿HA SUFRIDO AGRESIONES PREVIAS?

Sí Número de agresiones
Lugar(es)
¿Por el mismo agresor? seleccionar
No

¿SE TIENE CONSTANCIA DE ANTERIORES AGRESIONES EN LA INSTITUCIÓN?

Sí ¿Fueron denunciadas? seleccionar
¿Por parte del mismo agresor? seleccionar
¿Fueron denunciadas? seleccionar
No

¿SE HA IDENTIFICADO AL AGRESOR?

Sí Sexo seleccionar Edad
No

¿SIGUE ATENDIENDO PROFESIONALMENTE AL AGRESOR? seleccionar

CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

¿Existieron lesiones?

Sí seleccionar Especificar
¿Existe informe de lesiones? seleccionar
¿Ha estado en tratamiento como consecuencia de las mismas?
Sí Tipo de tratamiento
No
¿Tramitó licencia por enfermedad como consecuencia de la agresión?
Sí ¿como accidente de trabajo? seleccionar
Tiempo de baja laboral: días
Motivo baja laboral:
No

No

¿Existieron daños materiales?

Sí Especificar:
No

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DEL CONFLICTO

¿TIENE COBERTURA DE SEGURO? seleccionar

¿LE INTERESA BUSCAR UNA RECOMPOSICIÓN DEL VÍNCULO O UNA SOLUCIÓN DEL CONFLICTO? seleccionar

PARA ELLO ¿ESTARÍA DISPUESTO A PROCURAR UNA SOLUCIÓN DE MEDIACIÓN, CONCILIACIÓN O ARBITRAJE DESARROLLADA POR TÉCNICOS EN LA MATERIA? seleccionar

Los datos de carácter personal que nos facilita son reservados y serán incluidos en un fichero de tratamiento automatizado de datos, del que es titular una Comisión designada.

La finalidad del registro de información es realizar estudios estadísticos a los efectos de comunicar a las Autoridades competentes los lugares donde más riesgos existen de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

USO DE LA REGISTRACIÓN

Lugar y fecha de recibido

Archivo No.

Funcionario actuante

Completar este Formulario y enviarlo por correo electrónico a: denunciaviolencia@mednet.org.uy ó en soporte de papel a la institución gremial correspondiente.