FOLIO (uso interno

F.A.F.

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES HACIA LOS FUNCIONARIOS/AS DE LA SALUD PÚBLICA.

Este documento debe ser completado por el Jefe directo del Afectado/a, escrito con letra imprenta y legible.

I.	IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO/A:												
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 .		

II.	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.			

III.	IDENTIFIQUE CAUSA(S) DE LA AGRESIÓN(ES): (ENUMERE CON 1 Y 2 CAUSA PRIMERA Y SECUNDARIA).			
Causas de la Agresión	Brecha cultural entre usuarios y equipo de salud		Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito	
	Costos de Medicamentos, consultas médicas y exámenes		Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad	
	Horarios de atención inadecuados		Largas listas y tiempos de espera excesivos	
	Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención disponible y medicamentos		Falta de formación y capacitación de los equipos de salud	
	Escasez de Información		Otra causa, descríbala a continuación:	

FOLIO (uso interno)

F.A.F.

IV. ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN:					
Fecha:		Hora:		Comuna:	
Establecimiento:		Unidad/Servicio/Sector:			
Servicio de Salud:					

V. 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:		

VI. TESTIGOS DEL CONFLICTO:			
Nombre completo (T1):			
Run:		Teléfono:	
Nombre completo (T2):			
Run:		Teléfono:	

I. ATENCIÓN MÉDICA:					
¿Requirió atención de urgencia? (si/no)		Licencia médica (si/no)		Días de licencia	
¿Requirió atención médica? (si/no)		¿Requirió atención Psicológica? (si/no)		¿Trabajador rechaza atención médica/psicológica?	
CALIFICACION DEL EVENO, MARQUE SOLO UNA OPCIÓN					
Accidente de trabajo		Accidente de Trayecto		Enfermedad profesional	
Accidente o enfermedad común		No afectado		Sin información	

I. ¿Cómo se apoyó al funcionario/a afectado? Marque la opción principal							
Llamado telefónico		Denuncia por ACC. TRA. o ENF. PROF.		Atención Salud Funcionaria		Apoyo Psicológico	
Cambio de puesto de trabajo		Cambio de funciones		Asistencia Jurídica		Otra Medida de Apoyo	
¿UTILIZO EL CENTRO DE APOYO A VICTIMAS? CAVD	**SI**		**NO**				

II. ATENCIÓN JURÍDICA:									
Solicita representación Jurídica institucional :	**Si**		**NO**		**(Maque con x su elección)**				
Tipo de Acción	Constancia		Denuncia		Querella / Demanda				
Quien interpuso la acción	Funcionario/a		Establecimiento		Servicio de Salud		Municipio		OTRO
Ante que institución:	carabineros		PDI		Fiscalía		Tribunales		
N seguimiento trámite legal		Tribunal		Observaciones legales:					

Resguardar Confidencialidad

ORIGINAL (entregar copia a funcionario)

FOLIO
(uso interno

F.A.F.

II. DOCUMENTOS ADJUNTOS.

III. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE.

IV. FIRMAS:

FIRMA FUNCIONARIO/A AFECTADO/A.	FIRMA JEFATURA DIRECTA.

Nombre Jefatura:
Teléfono: Anexo:
Mail:

Resguardar Confidencialidad

ORIGINAL (entregar copia a funcionario)