

## 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.	<input type="checkbox"/>	TIPOS DE AGRESIÓN VERBAL EFECTIVA:	
	Con arma blanca.	<input type="checkbox"/>		
	Con objeto contundente.	<input type="checkbox"/>		
	Sexual (tocaciones, agarrones, etc.).	<input type="checkbox"/>		
	Empujones, combos, patadas.	<input type="checkbox"/>		
	Otros tipos de agresión física.	<input type="checkbox"/>		
	Ataque contra la infraestructura.	<input type="checkbox"/>		
			Sexual verbal (uso de lenguaje con connotación sexual u obscena).	<input type="checkbox"/>
			Amenazas u hostigamientos.	<input type="checkbox"/>
			Insultos o garabatos.	<input type="checkbox"/>
			Burlas o descalificaciones.	<input type="checkbox"/>
			Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales.	<input type="checkbox"/>
			Otro tipo de agresión verbal.	<input type="checkbox"/>

II. ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN:					
Fecha:	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Establecimiento:	<input type="text"/>		Unidad/Servicio/Sector:	<input type="text"/>	
Servicio de Salud:	<input type="text"/>				

III. IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO:												
Nombre completo:	<input type="text"/>											
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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique cual	<input type="text"/>					Indique cual	<input type="text"/>					
Run:	<input type="text"/>					Fecha nacimiento:	<input type="text"/>			Edad:	<input type="text"/>	
Domicilio:	<input type="text"/>											
Teléfono:	<input type="text"/>					Correo electrónico:	<input type="text"/>					
Mutualidad:	ISL <input type="checkbox"/>		Mutual de Seguridad <input type="checkbox"/>			ACHS <input type="checkbox"/>		IST <input type="checkbox"/>		Sin mutualidad <input type="checkbox"/>		

IV. DATOS DE EL/LA AGRESOR/A (de ser posible):				
Tipo de agresor/a:	Paciente <input type="checkbox"/>	Familiar/acompañante del paciente <input type="checkbox"/>	Paciente de Salud Mental <input type="checkbox"/>	Otro/a <input type="checkbox"/>
Nombre completo:	<input type="text"/>			
Run:	<input type="text"/>		Sector:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>		Teléfono:	<input type="text"/>

V. TESTIGOS DEL CONFLICTO:			
Nombre completo (T1):	<input type="text"/>		
Run:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Nombre completo (T2):	<input type="text"/>		
Run:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>

**VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS.**

--

**VII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE.**

--

**VIII. FIRMAS:**

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