



Formulario de notificación de agresiones hacia funcionarios del Hospital Clínico Magallanes

1. 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 y hostigamientos	
	Con objeto contundente			insultos y garabatos	
	Sexual (tocaciones, 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 infraestructura				

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

III. IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO AFECTADO						
Nombre completo						
Estamento	Aux	Adm.		Tec.	Prof.	Ley Médica
Calidad Contractual	Titular	Contrata	Hono rario	suplente		Empresa Externa
Fecha de Nacimiento			Edad		Teléfono	
Domicilio						
Correo Electrónico						
Mutualidad (marque con una X)	Mutual de Seguridad			ISL		Sin Mutualidad

IV. DATOS DEL/LA AGRESOR /A (de ser posible)				
Tipo de Agresor/a (marque con una X)	Paciente	Familiar/Acompañante del paciente	Paciente Salud Mental	Otro/a

Nombre Completo			
RUN		Teléfono	
Domicilio		Población	

V. TESTIGO DEL CONFLICTO			
Nombre Completo (T1)			
RUN		Teléfono	
Nombre Completo (T2)			
RUN		Teléfono	

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS			

Doy Fé que lo señalado es en base a mi declaración voluntaria.
Especificar, si desea que se realice querella para seguir procedimiento formal en Dpto. Jurídico.

Firma del Funcionario