

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.

IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO:													
Nombre completo:													
Llenado para Funcionarios/as de APS o Postas:							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.		

IDENTIFIQUE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES): (marque la alternativa más representativa con una "X").					
TIPOS DE AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA:	Agresión Física: con arma de fuego		TIPOS DE AGRESIÓN VERBAL EFECTIVA:	Sexual verbal (uso de lenguaje con connotación sexual u obscena).	
	Agresión Física: con arma blanca			Amenazas u hostigamientos.	
	Agresión Física: con objeto contundente			Insultos o garabatos.	
	Agresión Física: golpes, patadas, empujones			Burlas o descalificaciones.	
	Agresión Física Sexual: tocaciones, agarrones, etc.			Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales.	
	Ataque contra la infraestructura.				

TIPO CAUSALES DE AGRESIÓN: (MARCAR HASTA DOS OPCIONES identificando las primera "1" y secundaria "2")					
Identificando las primera "1" y secundaria "2"	1	2	Identificando las primera "1" y secundaria "2"	1	2
Brecha cultural entre los usuarios y equipos de salud			Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad		
Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito			Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención disponibles y medicamentos		
Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes			Escasez de información		
Horarios de atención inadecuados			Falta de formación y capacitación de los equipos de salud		
Largas listas y tiempos de espera excesivos			Otra Causa (especifique abajo)		

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

DE LA ATENCIÓN MEDICA Y APOYO REQUERIDO POR EL FUNCIONARIO:

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:

SEGUIMIENTO DE ACCIONES POR 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.

ACCIONES LEGALES:					
Tipo de acción	Constancia		Ante que institución	Carabinero de Chile	
	Denuncia			Policía de Investigaciones	
	Querrella/Demanda			Fiscalía	
	Ninguna			Tribunales	
Quien interpuso al Acción	Funcionario		Observaciones	Ninguna	
	Establecimiento				
	Servicio				
	Municipio				
	Otro: _____				

BITÁCORA DE MEDIDAS DE ACCIÓN		
FECHA	ACCIÓN	DETALLE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

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