Ilustre Colegio Oficial de Podólogos de Elija un COLEGIO

**REGISTRO DE AGRESIONES**

COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE Elija un COLEGIO

CODIFICACION: Formato codificación aa/mm/dd/\_ \_/nº

**DATOS DEL PODÓLOGO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos (\*)** | | Haga clic para escribir sus Apellidos | | | | | | |
| **Nombre (\*)** | | Haga clic para escribir su Nombre | | | | | | |
| **DNI nº (\*)** | Haga clic para escribir su DNI | | | | **Colegiado nº (\*)** | | comienza por 838... | |
| **Fecha de nacimiento:** | | | dd/mm/aaaa | **Sexo:** | |  | |  |

**DIRECCIÓN DEL TRABAJO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro (\*)** | Haga clic para escribir el Centro |
| **Servicio/Pueblo (\*)** | Haga clic o pulse aquí para el servicio/pueblo. |

**DIRECCIÓN DE CONTACTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Teléfono (\*)** | Haga clic para escribir su teléfono |
| **Correo electrónico (\*)** | Haga clic para escribir su correo electrónico |

**RELATO DE LOS HECHOS Y TESTIGOS:**

*(Debe omitirse cualquier dato sobre el estado de salud o detalles específicos de la asistencia médica prestada).*

|  |
| --- |
| Haga clic para escribir el relato de los hechos |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Hubo testigos? (\*)** |  |
| **Datos de los testigos (\*): Nombre y teléfono – (solicitando su consentimiento verbal)** | |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |

**DATOS DE LA AGRESIÓN:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha: (\*)** | Haga clic para escribir una fecha. | | | **Hora: (\*)** | Haga clic para escribir la hora. | |
| **Tipo de agresión (\*)** | |  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| Haga clic aquí para escribir “Otros tipos de agresión” | | | | |

**CENTRO EN EL QUE SE HA PRODUCIDO LA AGRESIÓN (\*):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Haga clic para escribir | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Has necesitado atención sanitaria? (\*)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Se ha prescrito tratamiento? (\*)** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Tratamiento por:** | | |  |  |  |
|  | Haga clic para escribir | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Existe parte de lesiones? (\*)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Has acudido a Salud Laboral? (\*)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Dónde has comunicado la agresión? (\*)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Daños materiales? (\*)** |  |

**DATOS DE EL/LOS AGRESOR/ES:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿El/Los agresor/eres está/án identificados? (\*)** | | | |  | | | | | |
| **Localidad (\*)** | Localidad | | | | **Sexo (\*)** |  | |  | |
| **Edad del agresor/es: (\*)** | |  | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **● *Tipología (\*)*** | | | | | | |
|  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **● *Antecedentes (\*)*** | | |
|  |  |
|  | |
| Haga clic para escribir | |

|  |  |
| --- | --- |
| **● *Causas (\*)*** | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Haga clic para escribir |

**ACTUACIONES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Ha presentado denuncia? (\*)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Dónde ha presentado denuncia? (\*)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Quiere que le ayudemos a presentar denuncia? (\*)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Ha sufrido agresiones previas? (\*)** |  | Nº Haga clic para escribir |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Hay constancia de anteriores agresiones en el Centro? (\*)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Por el mismo agresor? (\*)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Se tramito baja laboral? (\*)** |  |
| ¿Como accidente de trabajo? |  |
| Motivo baja laboral: | Haga clic para escribir |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Hay vigilantes de seguridad en el centro? (\*)** |  |
| En caso afirmativo: ¿Intervinieron? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Se avisó a las Fuerzas de Seguridad? (\*)** |  | |
| En caso afirmativo: ¿Cuánto tiempo tardaron en acudir?: | | Haga clic para escribir. |
| ¿Llegaron a tiempo para intervenir? | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de su empresa? (\*)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Recibió apoyo de otros organismos? (\*)** |  |
| En caso afirmativo, especificar | Haga clic para escribir. |

|  |
| --- |
| **¿Cuáles cree que serían las medidas más adecuadas a tomar?** |
| Haga clic para escribir |

En Ciudad/Población, a Fecha de Mes de Año

Firma:



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos