

**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:												
<i>Llenado para Honorarios y Empresas externas</i>							<i>Llenado Funcionarios/as de Hospitales:</i>					
Estamento. (Marque con una "X")	(f) Aux.	(e) Adm.	(d) Tec.	(c) Med.	(b) Prof	(a) 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.					

DENUNCIA DE AGRESIÓN DE ACUERDO A LEY 21.643 ( LEY KARIN) Marque con una "X"			
SI		NO	

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:
	Agresión Física: con arma blanca		
	Agresión Física: con objeto contundente		
	Agresión Física: golpes, patadas, empujones		
	Agresión Física Sexual: tocaciones, agarrones, etc.		
	Ataque contra la infraestructura.		
	Sexual verbal (uso de lenguaje con connotación sexual u obscena).		
	Amenazas u hostigamientos.		
	Insultos o garabatos.		
	Burlas o descalificaciones.		
	Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales.		

TIPO CAUSALES DE AGRESIÓN: (MARCAR HASTA DOS OPCIONES identificando las primaria "1" y secundaria "2" )					
Identificando las primaria "1" y secundaria "2"	1	2	Identificando las primaria "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:			Unidad/Servicio/Sector:		
Servicio de Salud:					

### DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y APOYO REQUERIDO POR EL FUNCIONARIO:

			SI / NO					SI / NO	
MÉDICA	Se requirió atención de Urgencia			Tipo de Apoyo (establecimiento o)	Denuncia carabineros				
	Se requirió atención Psicológica				Denuncia policía de investigaciones (PDI)				
	Licencia				¿Requirió apoyo legal?				
	Médica				Llamado Telefónico				
	Días de Licencia				Atención de Funcionario				
	Trabajador rechaza atención médica/psicológica				Cambio de Puesto				
Calificación del Evento	Accidente de Trabajo			Cambio de Funciones					
	Acc. Trayecto			Asistencia jurídica					
	Enf. Profesional			Otros Medios de Apoyo:					
	No Afectado			OBS: _____					
				_____					
				_____					
Centro de Apoyo a Víctimas (CAVD)	¿El funcionario utilizó el Centro de Apoyo a Víctimas? (CAVD)								

### 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:	

### TESTIGOS DEL CONFLICTO:

Nombre completo (T1):			
Run:		Teléfono:	
Nombre completo (T2):			
Run:		Teléfono:	

**DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:**

**FIRMAS:**

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