

Agresiones contra médicos y practicantes

Formulario de denuncia

REGISTRO

1. DATOS DEL DENUNCIANTE

- 1.1. NOMBRES Y APELLIDOS
- 1.2. DOMICILIO
- 1.3. TELÉFONO 1.4. CELULAR.....
- 1.5. CORREO ELECTRÓNICO
- 1.6. MEDICINA GENERAL 1.7. ESPECIALIDAD (es).....
- 1.7 N° AFILIACIÓN CAJA PROFESIONAL.....
- 1.8 FECHA DE LA PRESENTE DECLARACIÓN/...../.....

2. CIRCUNSTANCIA DENUNCIADA

- 2.1 UBICACIÓN EN EL TIEMPO Fecha 2.1.1./...../..... 2.1.2 Hora ... : ...
- 2.2. TIPO DE AGRESIÓN.....
- 2.2.1. Insultos 2.2.2. Amenazas 2.2.3. Difamaciones 2.2.4. Física 2.2.5. Otro (señalar brevemente).....
- 2.3. LUGAR: CallesDepartamentoTeléfono
- 2.3.1. Hospital 2.3.2. Sanatorio 2.3.3. Mutualista 2.3.4. Institución 2.3.5. Visita domiciliaria 2.3.6. Otro
- 2.4. JERARCA INMEDIATO DEL DENUNCIANTE AL OCURRIR LOS HECHOS
- 2.4.1. Nombres y Apellidos.....
- 2.4.2. Cargo del Jerarca2.4.3. Teléfono
- 2.5. FUNCIÓN DEL DENUNCIANTE AL OCURRIR LOS HECHOS
- 2.5.1. Policlínica 2.5.2. Sala de Urgencias (Puerta) 2.5.3. Visita Domiciliaria 2.5.4. Urgencias o Emergencia
- 2.5.5. Sala 2.5.6. Actividad Quirúrgica 2.5.6. Guardia interna 2.5.7. Guardia de retén 2.5.8. C.T.I 2.5.6. Otros
- 2.6. TIPOLOGÍA DEL AGRESOR
- 2.6.1. Paciente programado 2.6.2. Paciente no programado 2.6.4. Familiar
- 2.7. ANTECEDENTES DEL AGRESOR (si se conocen)
- 2.7.1. Antecedentes de toxicomanías 2.7.2. Antecedentes psiquiátricos 2.7.3. Enfermedad orgánica
- 2.7.4. Otros

2.8. CAUSAS DE LA AGRESIÓN

- 2.8.1. No recetar medicamento propuesto por el propio paciente 2.8.2. No indicar estudio solicitado
- 2.8.3. Tiempo en ser atendido. 2.8.4. Discrepancias en la atención medica 2.8.5. Discrepancias personales.
- 2.8.6. Malestar por funcionamiento interno de la Institución 2.8.7. En relación con la certificación de incapacidad laboral
- 2.8.8. Emitir informes médicos no acordes con sus exigencias 2.8.9. Otros

2.9. TESTIGOS

- 2.9.1. Nombre y apellidoTeléfono
- 2.9.2. Nombre y apellidoTeléfono
- 2.9.3. Nombre y apellidoTeléfono

2.10. INTERVENCIÓN DE POLICÍA O PERSONAL DE SEGURIDAD

- 2.10.1. No interviene 2.10.2. Policía 2.10.3. Seguridad Privada

2.11. GESTIONES REALIZADAS CON POSTERIORIDAD DE LOS HECHOS

- 2.11.1. Se presentó denuncia 2.11.1.1.Si 2.11.1.2.No
- 2.11.2. Jerarca inmediato 2.11.3. Institución 2.11.4. Policía 2.11.5. Poder Judicial 2.11.6. Gremial
- 2.11.7. Se registró el hecho en la Historia Clínica
- 2.11.8. ¿Se tramitaron diligencias previas? 2.11.8.1. Si 2.11.8.2. No
- Juzgado Expediente N°
- 2.11.9 ¿Se celebró juicio? 2.11.9.1 Si 2.11.9.2. No

2.11.10. En caso afirmativo, ¿fue condenatorio? 2.11.10.1. Si 2.11.10.2. No

2.11.11 ¿Recibió apoyo o asesoramiento por parte de la Institución?

2.11.11.1. Legal 2.11.11.2. Psicológico 2.11.11.3. Ambas 2.11.11.4. No 2.11.11.5 Otros.....

2.11.12. ¿Recibió apoyo por parte de compañeros o gremios? 2.11.12.1.Si 2.11.12.2. No Especificar

2.12. DETALLAR BREVEMENTE QUÉ OCURRIÓ AL PRESENTAR LA DENUNCIA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL TRÁMITE

.....

2.13. VÍNCULO CON EL PACIENTE Y FAMILIARES

2.13.1. Paciente frecuente (¿lapso aproximado en años?) 2.13.2. Paciente circunstancial

2.13.3. Califique la relación con el paciente anterior al hecho 2.13.4 ¿Existe vínculo con familiares del paciente?

2.13.5. Califique la relación con familiares anterior al hecho

2.14. ¿HA SUFRIDO AGRESIONES PREVIAS? 2.14.1. Si 2.14.2. No

2.14.3. Número de agresiones

2.14.4. Lugar(es)

2.14.5. ¿Por el mismo agresor? 2.14.5.1. Si 2.14.5.2. No

2.15 ¿SE TIENE CONSTANCIA DE ANTERIORES AGRESIONES EN LA INSTITUCIÓN? 2.15.1. Si 2.15.2 No

2.15.3. ¿Fueron denunciadas? 2.15.3.1. Si 2.15.3.2 No 2.15.3.3. No sabe

2.15.4. ¿Por parte del mismo agresor? 2.15.4.1. Si 2.15.4.2. No

2.15.5. ¿Fueron denunciadas? 2.15.5.1. Si 2.15.5.2. No 2.15.5.3. No sabe

2.16 ¿SE HA IDENTIFICADO AL AGRESOR? 2.16.1. Si 2.16.2. No

2.16.1. Sexo 2.16.2. Edad

2.17. ¿SIGUE ATENDIENDO PROFESIONALMENTE AL AGRESOR? 2.17.1. Si 2.17.2. No

2.18. CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

2.18.1. ¿Existieron lesiones? 2.18.1 Si 2.18.2. No 2.18.3. Físicas 2.18.4. Psíquicas 2.18.5. Ambas

Especificar

2.18.6. ¿Existe informe de lesiones? 2.18.6.1. Si 1.18.6.2. No

2.18.7. ¿Ha estado en tratamiento como consecuencia de las mismas? 2.18.7.1. Si 2.18.7.2. No

2.18.8 Tipo de tratamiento

2.18.8.1. Farmacológico 2.18.8.2. Quirúrgico 2.18.8.3. Psiquiátrico 2.18.8.4. Psicológico

2.18.9 ¿Tramitó licencia por enfermedad como consecuencia de la agresión? 2.18.9.1. Si 2.18.9.2. No

2.18.10 ¿Cómo accidente de trabajo? 2.18.10.1 Si 2.18.10.2. No

2.18.11. Tiempo de baja laboral días

2.18.12. Motivo baja laboral

2.18.13. ¿Existieron daños materiales? 2.18.13.1. Si 2.18.13.2. No Especificar.....

3. MÉTODOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DEL CONFLICTO

3.1. ¿TIENE COBERTURA DE SEGURO? 3.1.1. Si 3.1.2.No

3.2. ¿LE INTERESA BUSCAR UNA RECOMPOSICIÓN DEL VÍNCULO O UNA SOLUCIÓN DEL CONFLICTO? 3.2.1. Si 3.2.2. No

3.3. PARA ELLO ¿ESTARÍA DISPUESTO A PROCURAR UNA SOLUCIÓN DE MEDIACIÓN, CONCILIACIÓN O ARBITRAJE DESARROLLADA POR TÉCNICOS EN LA MATERIA? 3.3.1. Si 3.3.2. No

Los datos de carácter personal que nos facilita son reservados y serán incluidos en un fichero de tratamiento automatizado de datos, del que es titular una Comisión designada e integrada con representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ).

La finalidad del registro de información es realizar estudios estadísticos a los efectos de comunicar a las Autoridades competentes los lugares donde más riesgos existen de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

USO DE LA REGISTRACIÓN

Lugar y fecha de recibido..... Archivo No.

Funcionario actuante

Completar este Formulario y enviarlo por correo electrónico a: denunciaviolenca@mednet.org.uy ó en soporte de papel a la institución gremial correspondiente.