

IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMA																																																												
Nombre completo		<input style="width:100%;" type="text"/>																																																										
R.U.T.	<input style="width:150px;" type="text"/>	Fecha de Nac.	<input style="width:100px;" type="text"/>	Edad	<input style="width:50px;" type="text"/>																																																							
Domicilio		<input style="width:100%;" type="text"/>																																																										
Celular		<input style="width:100%;" type="text"/>																																																										
E-mail		<input style="width:100%;" type="text"/>																																																										
Afiliación a OAL*		ISL	Mutual	ACHS	IST	Sin Inf.																																																						
Funcionario(a) APS/Dep. Municipal					Funcionario(a) Hospital/UST/PRAIS/CMIM/DSSMS																																																							
	Auxil. (f)	Admin. (e)	Técnico (d)	Técnico Sup (c)	Profes. (b)	Médic., otros (a)	Auxil.	Admin.	Técnico	Profes	Ley Médica																																																	
Estamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
* Marcar ISL en caso de los establecimientos hospitalarios del SSMS.																																																												
ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN																																																												
Fecha		<input style="width:100px;" type="text"/>	Hora		<input style="width:50px;" type="text"/>	Comuna		<input style="width:100px;" type="text"/>																																																				
Tipo de Establecimiento		<input style="width:100%;" type="text"/>				Unidad/Servicio/Sector		<input style="width:100%;" type="text"/>																																																				
Nombre de Establecimiento		<input style="width:100%;" type="text"/>				Lugar del Incidente		Trabajo	Trayecto	¿Dónde?	<input style="width:100px;" type="text"/>																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="12">IDENTIFICACIÓN DE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES) (Marque 1 o más)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6" style="width:10%; text-align:center; vertical-align:middle;"><b>Agresión física efectiva</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Con arma de fuego</td> <td rowspan="6" style="width:10%; text-align:center; vertical-align:middle;"><b>Agresión verbal efectiva</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sexual verbal (lenguaje con connotación sexual u obscena)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Amenazas u hostigamientos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Con objeto contundente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Insultos o garabatos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sexual (tocaciones, agarrones, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Burlas o descalificaciones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Empujones, combos, patadas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otro tipo de agresión física</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otro tipo de agresión verbal.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ataque contra infraestructura</td> <td colspan="9"></td> </tr> </tbody> </table>												IDENTIFICACIÓN DE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES) (Marque 1 o más)												<b>Agresión física efectiva</b>	<input type="checkbox"/>	Con arma de fuego	<b>Agresión verbal efectiva</b>	<input type="checkbox"/>	Sexual verbal (lenguaje con connotación sexual u obscena)	<input type="checkbox"/>	Con arma blanca	<input type="checkbox"/>	Amenazas u hostigamientos	<input type="checkbox"/>	Con objeto contundente	<input type="checkbox"/>	Insultos o garabatos	<input type="checkbox"/>	Sexual (tocaciones, agarrones, etc.)	<input type="checkbox"/>	Burlas o descalificaciones	<input type="checkbox"/>	Empujones, combos, patadas	<input type="checkbox"/>	Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de agresión física	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de agresión verbal.	<input type="checkbox"/>	Ataque contra infraestructura									
IDENTIFICACIÓN DE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES) (Marque 1 o más)																																																												
<b>Agresión física efectiva</b>	<input type="checkbox"/>	Con arma de fuego	<b>Agresión verbal efectiva</b>	<input type="checkbox"/>	Sexual verbal (lenguaje con connotación sexual u obscena)																																																							
	<input type="checkbox"/>	Con arma blanca		<input type="checkbox"/>	Amenazas u hostigamientos																																																							
	<input type="checkbox"/>	Con objeto contundente		<input type="checkbox"/>	Insultos o garabatos																																																							
	<input type="checkbox"/>	Sexual (tocaciones, agarrones, etc.)		<input type="checkbox"/>	Burlas o descalificaciones																																																							
	<input type="checkbox"/>	Empujones, combos, patadas		<input type="checkbox"/>	Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales																																																							
	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de agresión física		<input type="checkbox"/>	Otro tipo de agresión verbal.																																																							
<input type="checkbox"/>	Ataque contra infraestructura																																																											
REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN(ES)																																																												
<input type="checkbox"/>	Urgencia Médica				<input type="checkbox"/>	Psicológica OAL																																																						
<input type="checkbox"/>	Funcionario(a) no solicita																																																											
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS Y POSIBLES TESTIGOS (SU RELATO PUEDE SER ANEXADO)																																																												
POSIBLES CAUSAS (MARQUE 1 O MÁS)																																																												
<input type="checkbox"/>	Brecha cultural entre pcte. y equipo de salud				<input type="checkbox"/>	Largas listas y tiempos de espera																																																						
<input type="checkbox"/>	Desconfianza en equipos de salud y tratamientos				<input type="checkbox"/>	Percepción de atención como impersonal y mala calidad																																																						
<input type="checkbox"/>	Costos de atención y/o medicamentos				<input type="checkbox"/>	Escasos recursos, infraestructura, horas de atención disponibles y medicamentos																																																						
<input type="checkbox"/>	Horarios de atención inadecuados				<input type="checkbox"/>	Otro																																																						
<input type="checkbox"/>	Escasez de información																																																											
<input type="checkbox"/>	Falta de formación y capacitación en equipos																																																											
DATOS DE AGRESOR/A (DE SER POSIBLE)																																																												
	Paciente	Familiar de paciente	Acompañante de paciente	Paciente de salud mental	Otro/a																																																							
Tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>																																																							
Nombre completo	<input style="width:100%;" type="text"/>																																																											
R.U.T.	<input style="width:150px;" type="text"/>	Teléfono/celular		<input style="width:100px;" type="text"/>																																																								
Domicilio	<input style="width:100%;" type="text"/>																																																											
----- FUNCIONARIO/A AGREDIDO/A				----- JEFATURA DIRECTA				----- TESTIGO																																																				



# FAF

FORMULARIO DE DATOS EXCLUSIVOS PARA COMPLETAR REGISTRO ESTADÍSTICO COMUNAL DE AGRESIONES (RECA).

DATOS FUNCIONARIO/A			
Nombre completo	<input type="text"/>		
Centro de trabajo	<input type="text"/>	Area o sector al que pertenece	<input type="text"/>
Cargo	<input type="text"/>	Tipo de contrato	<input type="text"/>
Constata lesiones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Lugar de constatación de lesiones <input type="text"/>
----- FUNCIONARIO/A AGREDIDO/A		----- JEFATURA DIRECTA	

Uso interno Salud Ilustre Municipalidad de La Cisterna



# FORMULARIO DE NO SOLICITUD

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE NO SOLICITUD DE ATENCIONES DE SALUD

<b>IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMA</b>				
<b>Nombre completo</b>				
<b>R.U.T.</b>		<b>Fecha de Nac.</b>		<b>Edad</b>
<b>Lugar de Trabajo</b>				
<b>Celular</b>		<b>E-mail</b>		

**Fecha:**

**MOTIVO DE RECHAZO DE ATENCIÓN DE SALUD**

----- <b>FUNCIONARIO/A AGREDIDO/A</b> -----	----- <b>JEFATURA DIRECTA</b> -----
---	---



## INSTRUCCIONES

PARA LLENAR FORMULARIO FAF Y DE NO SOLICITUD

### IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMA

- Nombre completo: Anote nombres y apellidos del trabajador/a afectado/a.
- R.U.T.: Anote el RUN o RUT del trabajador/a afectada.
- Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a afectado/a (dd-mm-aaaa).
- Edad: Anote la edad en años cumplidos al momento de la agresión, del trabajador/a afectado/a.
- Domicilio: Anote datos de domicilio del trabajador/a afectado/a (calle, n°, depto., población, villa, ciudad).
- Celular: Anote número de teléfono y/o celular de contacto del trabajador/a afectado/a.
- E-mail: Anote correo electrónico de contacto del trabajador/a afectado/a.
- Afiliación OAL: Marque según corresponda afiliación del establecimiento de salud en que trabaja la persona afectada.
- Estamento: Marque según corresponda el estamento al que pertenece el trabajador/a afectado/a, según cuadro de APS u hospital.

### ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN

- Fecha: Anote el día, mes y año en que ocurre la agresión (dd-mm-aaaa).
- Hora: Anote la hora en que ocurrió la agresión, señalando si corresponde AM o PM.
- Comuna: Anote la comuna en que se produce la agresión.
- Tipo de Establecimiento: Anote el tipo de establecimiento de salud en que se desempeña el trabajador/a afectado/a y lugar de la agresión.
- Unidad/Servicio/Sector: Anote el nombre a la unidad/Servicio/Sector o Departamento al que pertenece el trabajador/a afectado/a.
- Nombre de Establecimiento: Anote el nombre del establecimiento de salud en que trabaja la persona afectada.
- Lugar del Incidente: Marque si el incidente ocurre en lugar de trabajo o trayecto, en este último especificar dónde.

### IDENTIFICACIÓN DE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES)

Marque una o más opciones según corresponda.

### REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN(ES)

Marque la o las opciones que corresponda a las prestaciones de salud que se gestionan en lo inmediato y corto plazo.

En caso de que trabajador/a afectado/a no solicite, se debe completar Formulario de No Solicitud.

### DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS Y POSIBLES TESTIGOS

Describa qué pasó e identifique posibles testigos, completar en espacio blanco.

En caso que relato se extienda, adjuntar documento.

### POSIBLES CAUSAS

Marque 1 o más opciones que el trabajador/a afectado/a pueda identificar desde su percepción de lo ocurrido.

### DATOS DEL AGRESOR/A (DE SER POSIBLE)

- Tipo: Seleccionar según corresponda la relación del agresor/a.
- Nombre Completo: Anote nombres y apellidos de la persona agresora.
- R.U.T.: Anote el RUN o RUT de la persona agresora.
- Teléfono/celular: Anote número de teléfono o celular de contacto de la persona agresora.
- Domicilio: Anote datos de domicilio de la persona agresora (calle, n°, depto., población, villa, ciudad). Por favor, anote en orden señalado.

### FIRMAS

- Funcionario/a agredido/a: el trabajador/a agredido/a debe firmar el formulario en caso de estar de acuerdo con lo registrado.
- Jefatura Directa: la jefatura directa que realiza la completación del formulario debe firmar.