

drá solicitarse ante la Dirección General competente en materia de energía, la modificación de los planes industriales o proyectos de I+D+i presentados o la sustitución de los mismos.

Prevía evaluación y valoración de dichas propuestas, conforme a lo regulado en el artículo 5 de la presente Orden, la Dirección General competente en materia de energía podrá proceder a la aceptación de estas modificaciones o sustituciones mediante resolución motivada, siempre que, como resultado de dicha valoración, éstas obtengan una puntuación igual o superior a la del plan industrial o proyecto de I+D+i originalmente presentado.»

Seis. Se añade una disposición adicional séptima, con el siguiente texto:

«Disposición adicional séptima. Régimen de garantías asociadas a planes industriales o desarrollo de proyectos de I+D+i correspondientes a proyectos priorizados no preasignados.

Aquellos promotores de instalaciones eólicas priorizadas y que no hayan sido preasignadas mediante la Resolución de 19 de noviembre de 2009, de la Secretaría de Estado de Energía, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 13 de noviembre de 2009, por el que se procede a la ordenación de los proyectos o instalaciones presentados al registro administrativo de preasignación de retribución para las instalaciones de producción de energía eléctrica, previsto en el Real Decreto-ley 6/2009, podrán solicitar la devolución provisional de las garantías correspondientes a los nuevos planes industriales o desarrollo de proyectos de I+D+i, constituidas y previstas en el artículos 3.4.c.4.º y 5.2.d) de la presente orden, sin renuncia de la priorización asignada, condicionada en todo caso a la nueva constitución de dicha garantía en el plazo de tres meses contados a partir de la resolución por la que alguna de las instalaciones eólicas asociadas a dicho plan industrial o proyecto de I+D+i, resulte preasignada según el Real Decreto-ley 6/2009, de 30 de abril, y disposiciones de desarrollo, o mecanismo equivalente.

La falta de constitución de garantía en el plazo de tres meses desde la correspondiente preasignación, conllevará la pérdida de la priorización efectuada, así como la liberación de la potencia correspondiente asociada al proyecto eólico.

La presente disposición no será de aplicación para las garantías correspondientes a planes industriales o proyectos de I+D+i asociados a varios proyectos eólicos en los que alguno de ellos haya resultado preasignado según la citada Resolución de 19 de noviembre de 2009.»

Siete. Se añade una disposición adicional octava, con el siguiente texto:

«Disposición adicional octava. Devolución de garantías como consecuencia de modificaciones del régimen económico.

La renuncia total o parcial a la potencia priorizada del correspondiente proyecto eólico, siempre que se realice en cualquier momento anterior a la publicación en el Boletín Oficial del Estado de la primera revisión de tarifas, primas y complementos previstos en el artículo 44 del R.D. 661/2007, o bien hasta dos meses después la misma, conllevará la devolución proporcional a la potencia renunciada de las garantías establecidas en el artículo 3.4.a.5.º de la presente Orden. Asimismo, podrá procederse a la devolución de las garantías previstas en los artículos 3.4.c.4.º y 5.2.d) en caso de renuncia total de la potencia priorizada para la totalidad de los proyectos asociados al correspondiente plan industrial o proyecto de I+D+i.»

Disposición transitoria única.

A las prórrogas de puntos de conexión otorgadas o que se encuentren pendientes de informe del centro directivo correspondiente, les será de aplicación lo establecido en la presente Orden.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 24 de febrero de 2011

ANTONIO ÁVILA CANO
Consejero de Economía, Innovación y Ciencia

CONSEJERÍA DE SALUD

CORRECCIÓN de errores del Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones (BOJA núm. 18, de 27.1.2011).

Publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 18, de 27 de enero de 2011, Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, y advertido error en el contenido de los Anexos I y II, se procede a efectuar la oportuna rectificación.

Se sustituyen los Anexos I y II del Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, por los que se insertan a continuación:

Sevilla, 15 de marzo de 2011

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

Hoja 1 de 2 ANEXO I

PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA Nº	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):				
4 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS				
7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

9	PLAN DE ACTUACIÓN (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)

10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorridos) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	

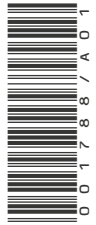
11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

12 OBSERVACIONES	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS: <input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SUSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	

13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreto/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA



JUNTA DE ANDALUCIA

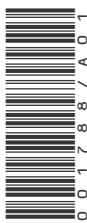
CONSEJERÍA DE SALUD

Hoja 1 de 2 ANEXO I

PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA Nº	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS				<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):				
4 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS				
7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

9	PLAN DE ACTUACIÓN (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)

10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorridos) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	

11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

12 OBSERVACIONES	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS: <input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SUSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	

13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento (impreso/formulario) y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Pedagogía Sanitaria, Avda. de Constitución, 18, 41011 - SEVILLA



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

Hoja 1 de 2 ANEXO I

PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA Nº	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS				<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):				
4 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS				
7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO



ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

9	PLAN DE ACTUACIÓN (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)

10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	

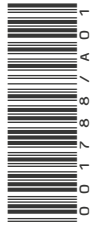
11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

12 OBSERVACIONES	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS: <input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SUSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	

13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento (impreso/formulario) y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18, 41071 - SEVILLA



JUNTA DE ANDALUCIA

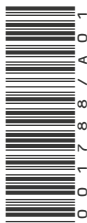
CONSEJERÍA DE SALUD

Hoja 1 de 2 ANEXO I

PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO			
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO			
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)	
2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA			
			SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO
			NACIONALIDAD
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
			<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)			
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):			
4 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)			
5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)			
6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS			
7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)			
8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)			
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE			

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD



ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

9	PLAN DE ACTUACIÓN (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)

10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorridos) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	

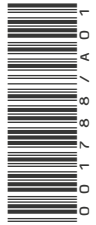
11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

12 OBSERVACIONES	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:	
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SUSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	

13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	
FECHA	

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante el cumplimiento de este documento (impreso/formulario) y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos en el presente en la ciudad de Sevilla, pertenecen a la base de datos de la Dirección General de Periferia Sanitaria, Adm. de Constitución, I.D. 41071-SEVILLA.



INTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

El modelo de Parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria será de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que atiendan casos de lesiones o fallecimientos que deban ser puestos en conocimiento de la Autoridad Judicial en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. En los centros que esté disponible la conexión con el sistema DIRAYA o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. Además estará disponible en modelo autocopiativo en todos los centros sanitarios. En este caso, para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias son legibles.

Los datos aquí recogidos se regirán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

TRAMITACIÓN DEL PARTE:

1. Los centros y servicios sanitarios remitirán el original al juzgado de guardia, en un plazo nunca superior a veinticuatro horas desde la asistencia inicial, por cualquier medio que garantice la comunicación y la protección de los datos.
2. En aquellos casos cuya causa presumible sea violencia de género, maltrato o agresiones a personas, el parte al juzgado deberá comunicarse de manera inmediata por cualquier medio que garantice la protección de los datos.
3. La primera copia se entregará a la persona lesionada, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la historia clínica hasta que ésta la solicite.
4. La segunda copia se archivará en la historia clínica.
5. La tercera copia, destinada a Información Estadística, será remitida a la Consejería de Salud. En la misma no deberán constar los datos de la persona lesionada, salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos de la persona presuntamente agresora, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del facultativo o facultativa responsable, ni su Código Numérico Personal o número de colegiación, salvo el sexo.

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR:

Violencia de género: Todo acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las coacciones o la privación arbitraria de libertad ejercidas sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

Maltrato a personas: Cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona y comprometa la satisfacción de sus necesidades básicas e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos o sexuales hacia personas menores de edad, ancianas, dependientes o con discapacidad. En el caso de maltrato infantil deberá además cumplimentarse y tramitarse la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil, de acuerdo al procedimiento establecido en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

Agresión: Acción con violencia que incluye las de índole físico como las de tipo verbal.

Agresión sexual: Agresión con empleo de fuerza, intimidación, amenaza o sorpresa que atenta contra la libertad sexual de la persona. Engloba cualquier tipo de comportamiento sexual no deseado o no consentido: agresión sexual sin contacto corporal (exhibicionismo, mensajes, gestos, palabras obscenas, obligar a realizar actos sexuales...) agresión sexual con contacto corporal (caricias, tocamientos, masturbación...), agresión sexual con violación o tentativa (penetración vaginal, anal o bucal ya sea con órgano sexual, dedos, o cualquier objeto).

Otras causas: Abarcará aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados relacionados y precisen ser comunicadas al Juzgado. En los casos que se señale esta opción se especificará la posible causa.

LOS APARTADOS QUE PROCEDAN DEBEN SER CUMPLIMENTADOS EN SU TOTALIDAD:

Se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta la persona (naturaleza, localización, forma, disposición, longitud, aspecto, número, data y otras características de interés). En relación con las mismas, cuando sea posible se realizará fotografía de éstas, solicitando previamente consentimiento a la persona atendida, según modelo normalizado y serán archivadas en la historia clínica.

Deberá recogerse el estado psíquico y emocional en el que se encuentre la persona cuando acude al centro.

Deberán detallarse las pruebas complementarias que se realicen, las medidas terapéuticas, el pronóstico clínico y si tras la atención la persona ha sido dada de alta o derivada a otro servicio.

Asimismo, se facilitará la recogida de información relacionada con el posible origen de las lesiones, datos de la persona que las ha podido causar según refiere la persona lesionada, si ésta acude al centro sola o acompañada y si tras la atención se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a la que se refiere.

También deberán recogerse antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no aporta información" si la persona no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.

Se especificará si la persona atendida tiene menores u otras personas a su cargo y otros datos de interés para el órgano judicial, así como si se contacta telefónicamente con otros recursos. Específicamente, en todos los casos en los que se deba comunicar de forma urgente al juzgado de guardia, se anotará la hora en la que se contactó telefónicamente con el juzgado, justificándose la causa en caso de omitir dicha llamada.

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª con DNI
En su caso, su representante legal:
D/Dª con DNI
En calidad de con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente [] SÍ [] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [] SÍ [] NO

En a de de

Fdo. D/Dª Firma del Personal Facultativo responsable Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª con DNI con domicilio
En su caso, su representante legal:
D/Dª con DNI
En calidad de con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /
Lo que firmo, En a de de

Fdo. D/Dª Firma del Personal Facultativo responsable Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª , con DNI

En su caso, su representante legal:

D/Dª , con DNI

En calidad de , con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:**

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente SÍ NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario SÍ NO

En a de de

Fdo. D/Dª

Firma del Personal Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª , con DNI

con domicilio

En su caso, su representante legal:

D/Dª , con DNI

En calidad de , con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo, En a de de

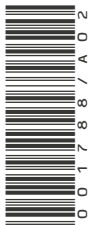
Fdo. D/Dª

Firma del Personal Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª con DNI
En su caso, su representante legal:
D/Dª con DNI
En calidad de con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente [] SÍ [] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [] SÍ [] NO

En a de de

Fdo. D/Dª Firma del Personal Facultativo responsable Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª con DNI con domicilio
En su caso, su representante legal:
D/Dª con DNI
En calidad de con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /
Lo que firmo, En a de de

Fdo. D/Dª Firma del Personal Facultativo responsable Fdo. Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan referido a la persona lesionada y personal facultativo, van a ser incorporados para su tratamiento al fichero Historias Clínicas Centros de Salud/Historias Clínicas Centros Hospitalarios, dependiendo de donde se dispense la atención sanitaria. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad prestar atención a los usuarios de los servicios sanitarios facilitando la continuidad asistencial. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Avda. de Constitución, 18. 41071 - SEVILLA

Ejemplar para el CENTRO O SERVICIO SANITARIO

