

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 N° | 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"/> 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 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 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: | |
| 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 SOSPECHA 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/impresto/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



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 N° | 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"/> 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



| | |
|----------|--|
| 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 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: | |
| 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 SOSPECHA 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/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



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 N° | 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



| | |
|----------|--|
| 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 SOSPECHA 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/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



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 | | | | |

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

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD



| | |
|----------|--|
| 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 entrecorillado) 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 SOSPECHA 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 la cumplimentación de este documento/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



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 registrarán 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, aún 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.