

COMUNICADO VIOLENCIA OCUPACIONAL EXTERNA



Datos del incidente:							
Centro de trabajo:					Fecha:		
Lugar del incidente:	Consulta: <input type="checkbox"/>	Recepción: <input type="checkbox"/>	Rehabilitación: <input type="checkbox"/>	Habitación: <input type="checkbox"/>	Otro:		
Tipo/s de agresión/es:	Física: <input type="checkbox"/>	Psicológica: <input type="checkbox"/>	Verbal: <input type="checkbox"/>	Simbólica: <input type="checkbox"/>	Económica: <input type="checkbox"/>		
Nº agresores:			Testigos:	No: <input type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	Alerta PC:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Datos del agresor:							
Sexo del agresor:	H: <input type="checkbox"/>	M: <input type="checkbox"/>	Grupo Edad:	<20 años <input type="checkbox"/> 20-35 años <input type="checkbox"/> 36-50 años <input type="checkbox"/> >50 años <input type="checkbox"/>			
Tipo de relación:	Usuario: <input type="checkbox"/>	Paciente: <input type="checkbox"/>	Acompañante: <input type="checkbox"/>	Otros:			
Expediente – Nº interno	/		Tipo contingencia:	AT: <input type="checkbox"/>	CC: <input type="checkbox"/>		
Reincidente:	No: <input type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	Nº Agredidos:				
Descripción de la situación:							
<i>Relata brevemente los sucesos, cual pudo ser su desencadenante y si consiguió su objetivo el agresor.</i>							
Solicito Asesoramiento:	No: <input type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	Tipo asesoramiento:	Médico: <input type="checkbox"/>	Psicológico: <input type="checkbox"/>	Organizativo: <input type="checkbox"/>	
Asesoramiento Jurídico:	No: <input type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>	Denuncia oficial:	No: <input type="checkbox"/>		Si: <input type="checkbox"/>	
Nombre empleado:				Responsable que comunica:			
Puesto trabajo :							
Firma: Fecha comunicado:				Firma: Fecha recepción:			

***Archivar el impreso firmado con la Documentación de Prevención del centro.**

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos personales recogidos en este documento, así como aquellos aportados por usted en el futuro, se incorporarán a un fichero de esta entidad y serán tratados, con el único objeto de cumplir con la finalidad de resolver, gestionar y prevenir los incidentes acontecidos por situaciones de violencia generada por terceras personas, así como para fines estadísticos. La comunicación de los datos a la Mutua es voluntaria, sin perjuicio de que la negativa implique la imposibilidad de cumplir con los fines para los que se recaban los datos. Los datos de carácter personal recibidos no serán objeto de cesión a terceros ajenos a Mutual Midat Cyclops, sin autorización expresa del interesado o en virtud de una ley que así lo ampare, y gozarán de confidencialidad y protección otorgada por la normativa vigente y por la política de privacidad ofrecida por la Mutua. Si desea oponerse, acceder, rectificar o cancelar alguno de estos datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999, deberá dirigirse a la sede central de Mutual Midat Cyclops: Avda Josep Tarradellas, 14-18 de Barcelona o bien, mediante solicitud escrita y firmada, adjuntando fotocopia de DNI o pasaporte, dirigida al responsable de seguridad en lo concerniente a protección de datos.