

**I. Anexo 1 FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES HACIA LOS  
FUNCIONARIOS DE LA SALUD PÚBLICA.**

Este documento debe ser completado por el jefe Directo del Afectado, escrito con letra imprenta y legible.

I. IDENTIFIQUE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES): (marque con una "X").					
TIPOS DE AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA:	Con arma de fuego.		TIPOS DE AGRESIÓN VERBAL EFECTIVA:	Sexual verbal (uso de lenguaje con connotación sexual u obscena).	
	Con arma blanca.			Amenazas u hostigamientos.	
	Con objeto contundente.			Insultos o garabatos.	
	Sexual (tocaciones, agarrones, etc.).			Burlas o descalificaciones.	
	Empujones, combos, patadas.			Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales.	
	Otros tipo de agresión física.			Otro tipo de agresión verbal.	
	Ataque contra la infraestructura.				

II. ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN:					
Fecha:		Hora:		Comuna:	
Establecimiento:			Unidad/Servicio/Sector:		
Servicio de Salud:					

III. IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO:												
Nombre completo:												
<i>Llenado para funcionarios/as de APS:</i>						<i>Llenado funcionarios/as de Hospitales:</i>						
Estamento. (marque con una "X")..	(f) Aux.	(e) Adm.	(d) Tec.	(c) Tec. Sup.	(b) Prof	(a) Med. Otros	Estamento. (marque con una "X").	Aux.	Adm.	Tec.	Prof.	Ley Med.
Indique cual							Indique cual					
Run:						Fecha nacimiento:				Edad:		
Domicilio:												
Teléfono:						Correo electrónico:						
Mutualidad:	ISL.		Mutual de Seguridad.			ACHS.		IST.		Sin mutualidad.		

IV. DATOS DE EL/LA AGRESOR/A (de ser posible):				
Tipo de agresor/a:	Paciente	Familiar/acompañante del paciente	Paciente de Salud Mental	Otro/a
Nombre completo:				
Run:			Sector:	
Domicilio:			Teléfono:	

V. TESTIGOS DEL CONFLICTO:			
Nombre completo (T1):			
Run:		Teléfono:	
Nombre completo (T2):			
Run:		Teléfono:	

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS.

**VII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE.**

--

**VIII. FIRMAS:**

FIRMA FUNCIONARIO/A AFECTADO/A.	FIRMA JEFATURA DIRECTA.