



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS

Anexo 1

Bahía Blanca, ____ de ____ del 20__

Datos del Colegiado:

Nombre _____ Apellido _____ DNI _____

N° Matrícula _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Trabajo:

Institución _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Celular _____

Dirección de Contacto:

Dirección _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Celular _____

Relato de los hechos

Testigos

1.Nombre: _____ DNI _____

2.Nombre: _____ DNI _____

3.Nombre: _____ DNI _____

4.Nombre: _____ DNI _____

Datos de la agresión

Fecha y hora de los hechos _____

Tipo de agresión: insulto ☐ Amenazas ☐ Difamación ☐ Física ☐

Otra: _____



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS

Anexo 1

Lugar donde ocurre

Fecha y hora de los hechos _____

Centro de salud ☐ Clínica ☐ Hospital ☐ Consultorio ☐

Otros: _____

Lugar específico

Consulta ☐ Pasillo ☐ Sala urgencias ☐ Visita domicilio ☐ Fuera de centro ☐

Otros: _____

Tipología del agresor

Paciente Programado ☐ No programado ☐ Familiar ☐

Otros: _____

Antecedentes del agresor

Antecedentes de toxicomanías ☐ Cual _____

Antecedente Psiquiátrico ☐ Paciente con enfermedad orgánica ☐

Otros: _____

Causas

No recetar medicamentos propuestos por el cliente ☐

Tiempo en ser atendido ☐

Discrepancias en la atención médicas ☐

Discrepancias personales ☐

Malestar por el funcionamiento del Centro ☐

Relacionado con la incapacidad laboral ☐

Emitir informes médicos no acordes con sus expectativas ☐

Otros: _____

Intervención de fuerza de seguridad

Policia ☐ Seguridad privada ☐ Otra ☐

Se presentó denuncia: 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐

Ha sufrido agresiones previas 1. Si ☐ 2. No ☐

Número de agresiones _____ Lugar _____

Mismo agresor _____



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS

Anexo 1

Hay constancias de agresiones previas en el mismo lugar 1. Si ☐ 2. No ☐

Fueron denunciadas 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐

Se a identificado al agresor 1. Si ☐ 2. No ☐

Nombre _____ DNI _____

Sigue atendiendo profesionalmente al agresor 1. Si ☐ 2. No ☐

Se han tomado las medidas para evitar futuras agresiones 1. Si ☐ 2. No ☐

Especificar _____

¿Cuáles cree que serían las medidas adecuadas para evitar futuras agresiones al personal de salud? _____

Consecuencias de la agresión

¿Han existido lesiones? Físicas ☐ Psíquicas ☐ Ambas ☐

Especificar _____

¿Ha estado en tratamiento?: 1. Si ☐ 2. No ☐

Tipo de tratamiento: Farmacológico ☐ Quirúrgico ☐ Psicológico ☐

Tratado por:

Médico de Hospital ☐ Consulta privada ☐ Automedicación ☐

¿Se tramitó licencia laboral? _____

¿Se tramitó como "Accidente laboral"? _____

Tiempo de licencia laboral _____

¿Ha habido daños materiales?: 1. Si ☐ 2. No ☐

Especificar _____

¿Se tramitó denuncia?: 1. Si ☐ 2. No ☐

¿Se celebró juicio?: 1. Si ☐ 2. No ☐

¿Fue condenatorio? _____



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

PLANILLA DE REGISTRO DE AGRESIONES A MÉDICOS

Anexo 1

¿Recibió apoyo o asesoramiento de parte del Hospital o Empresa? _____

1. Legal ☐ 2. Psicológico ☐ 3. Ambos ☐ 4. Otros _____

¿Recibió apoyo por parte de compañeros o agentes sociales? _____