(Página 1 de 2) **ANEXO I**

JUNTA DE ANDALUCIA — CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.
(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:

DOMICILIO:

TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | NÚMERO TELÉFONO: | FECHA DE LA ASISTENCIA: | HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)

2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

APELLIDOS Y NOMBRE: | SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer

DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº: | FECHA NACIMIENTO: | EDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: | PAÍS DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | TELÉFONOS: | ☐ PERSONA FALLECIDA

EMBARAZO: ☐ SI ☐ NO | PERSONA CON DISCAPACIDAD: ☐ FÍSICA ☐ INTELECTUAL ☐ SENSORIAL ☐ MENTAL

¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?: ☐ NO ☐ SI ☐ MENORES DE EDAD NÚMERO:
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) ☐ PERSONAS MAYORES NÚMERO:

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)

☐ MALTRATO A PERSONAS:
- ☐ Violencia de género ☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual
- ☐ Maltrato infantil ☐ Físico ☐ Emocional ☐ Sexual ☐ Negligencia
- ☐ Maltrato personas mayores ☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Negligencia

☐ AGRESIÓN: ☐ Física ☐ Verbal ☐ Sexual ☐ Otras (especificar) .....

☐ ACCIDENTE: ☐ Doméstico ☐ Escolar ☐ Laboral ☐ Tráfico ☐ Otras (especificar) .....

☐ ANIMALES: ☐ Mordedura ☐ Arañazo ☐ Lamedura ☐ Otras (especificar) .....

☐ INTOXICACIÓN (especificar): .....

☐ OTRAS CAUSAS (especificar): .....

4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:

DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:

PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? ☐ SI ☐ NO | NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S: | SEXO: ☐ H ☐ M

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR: | DIRECCIÓN: | TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No especifica ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre

OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)
☐ NO ☐ SI .....

TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):

LA PERSONA ACUDE:
☐ SOLA
☐ ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): .....

DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecomillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:

5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

002986D

(Página 2 de 2) ANEXO I

6 ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)

7 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

8 MEDIDAS TERAPEÚTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)

9 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)

☐ LEVE ☐ MODERADO ☐ GRAVE ☐ MUY GRAVE

10 PLAN DE ACTUACIÓN

☐ INGRESO
☐ ALTA
☐ DERIVACION A: ☐ Atención Primaria ☐ Atención Especializada

PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES
☐ Información sobre recursos de atención al maltrato
☐ Valoración del riesgo
☐ Plan de seguridad

11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones

¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? ☐ SÍ ☐ NO Desde cuando: ☐ En el último año ☐ A lo largo de la vida

EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No especifica

INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS

DENUNCIAS PREVIAS: ☐ SÍ ☐ NO

¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:
☐ SI ..... ☐ NO

¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:
☐ SÍ ☐ NO .....

¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? ☐ SÍ ☐ NO ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? ☐ SÍ ☐ NO

12 OBSERVACIONES

OTROS DATOS DE INTERES PARA EL ORGANO 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 ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:
☐ JUZGADO DE GUARDIA: .....
☐ FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: .....
☐ SERVICIOS SOCIALES: .....
☐ CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: .....
☐ OTROS RECURSOS (especificar): .....
☐ 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: ☐ Hombre ☐ Mujer

CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN: FECHA : FIRMA:

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

002986D

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

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: .....(2)
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
..... (3)
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

(Página 1 de 2) ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.
(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:

DOMICILIO:

TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | NÚMERO TELÉFONO: | FECHA DE LA ASISTENCIA: | HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)

2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

APELLIDOS Y NOMBRE: | SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer

DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº: | FECHA NACIMIENTO: | EDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: | PAÍS DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | TELÉFONOS: | ☐ PERSONA FALLECIDA

EMBARAZO: ☐ SI ☐ NO | PERSONA CON DISCAPACIDAD: ☐ FÍSICA ☐ INTELECTUAL ☐ SENSORIAL ☐ MENTAL

¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?: ☐ NO ☐ SI ☐ MENORES DE EDAD NÚMERO:
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) ☐ PERSONAS MAYORES NÚMERO:

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)

☐ MALTRATO A PERSONAS:
- ☐ Violencia de género ☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual
- ☐ Maltrato infantil ☐ Físico ☐ Emocional ☐ Sexual ☐ Negligencia
- ☐ Maltrato personas mayores ☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Negligencia

☐ AGRESIÓN: ☐ Física ☐ Verbal ☐ Sexual ☐ Otras (especificar) .....

☐ ACCIDENTE: ☐ Doméstico ☐ Escolar ☐ Laboral ☐ Tráfico ☐ Otras (especificar) .....

☐ ANIMALES: ☐ Mordedura ☐ Arañazo ☐ Lamedura ☐ Otras (especificar) .....

☐ INTOXICACIÓN (especificar): .....

☐ OTRAS CAUSAS (especificar): .....

4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:

DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:

PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? ☐ SI ☐ NO | NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S: | SEXO: ☐ H ☐ M

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR: | DIRECCIÓN: | TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No especifica ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre

OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)
☐ NO ☐ SI .....

TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):

LA PERSONA ACUDE:
☐ SOLA
☐ ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): .....

DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecomillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:

5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA

002986D

(Página 2 de 2) ANEXO I

6 ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)

7 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

8 MEDIDAS TERAPEÚTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)

9 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)

☐ LEVE ☐ MODERADO ☐ GRAVE ☐ MUY GRAVE

10 PLAN DE ACTUACIÓN

☐ INGRESO
☐ ALTA
☐ DERIVACION A: ☐ Atención Primaria ☐ Atención Especializada

PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES
☐ Información sobre recursos de atención al maltrato
☐ Valoración del riesgo
☐ Plan de seguridad

11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones

¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? ☐ SÍ ☐ NO Desde cuando: ☐ En el último año ☐ A lo largo de la vida

EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No especifica

INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS

DENUNCIAS PREVIAS: ☐ SÍ ☐ NO

¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: ☐ SI ..... ☐ NO

¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:
☐ SÍ ☐ NO .....

¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? ☐ SÍ ☐ NO ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? ☐ SÍ ☐ NO

12 OBSERVACIONES

OTROS DATOS DE INTERES 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 ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:
☐ JUZGADO DE GUARDIA: .....
☐ FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: .....
☐ SERVICIOS SOCIALES: .....
☐ CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: .....
☐ OTROS RECURSOS (especificar): .....
☐ 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: ☐ Hombre ☐ Mujer

CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN: FECHA : FIRMA:

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA

002986D

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

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: .....(2)
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
..... (3)
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

(Página 1 de 2) ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.
(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:

DOMICILIO:
TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | NÚMERO TELÉFONO: | FECHA DE LA ASISTENCIA: | HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)

2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

APELLIDOS Y NOMBRE: | SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer

DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº: | FECHA NACIMIENTO: | EDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: | PAÍS DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:
TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | TELÉFONOS: | ☐ PERSONA FALLECIDA

EMBARAZO: ☐ SI ☐ NO | PERSONA CON DISCAPACIDAD: ☐ FÍSICA ☐ INTELECTUAL ☐ SENSORIAL ☐ MENTAL

¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?: ☐ NO ☐ SI ☐ MENORES DE EDAD NÚMERO: ☐ PERSONAS MAYORES NÚMERO:
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número)

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)

☐ MALTRATO A PERSONAS:
- ☐ Violencia de género ☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual
- ☐ Maltrato infantil ☐ Físico ☐ Emocional ☐ Sexual ☐ Negligencia
- ☐ Maltrato personas mayores ☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Negligencia

☐ AGRESIÓN: ☐ Física ☐ Verbal ☐ Sexual ☐ Otras (especificar) .....

☐ ACCIDENTE: ☐ Doméstico ☐ Escolar ☐ Laboral ☐ Tráfico ☐ Otras (especificar) .....

☐ ANIMALES: ☐ Mordedura ☐ Arañazo ☐ Lamedura ☐ Otras (especificar) .....

☐ INTOXICACIÓN (especificar): .....

☐ OTRAS CAUSAS (especificar): .....

4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:

DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:

PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES:
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? ☐ SI ☐ NO | NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S: | SEXO: ☐ H ☐ M

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR: | DIRECCIÓN: | TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No específica ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre

OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)
☐ NO ☐ SI

TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):

LA PERSONA ACUDE:
☐ SOLA
☐ ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):

DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecomillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:

5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO

002986D

(Página 2 de 2) ANEXO I

6 ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)

7 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

8 MEDIDAS TERAPEÚTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)

9 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)

☐ LEVE ☐ MODERADO ☐ GRAVE ☐ MUY GRAVE

10 PLAN DE ACTUACIÓN

☐ INGRESO
☐ ALTA
☐ DERIVACION A: ☐ Atención Primaria ☐ Atención Especializada

PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES
☐ Información sobre recursos de atención al maltrato
☐ Valoración del riesgo
☐ Plan de seguridad

11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones

¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? ☐ SÍ ☐ NO Desde cuando: ☐ En el último año ☐ A lo largo de la vida

EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No especifica

INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS

DENUNCIAS PREVIAS: ☐ SÍ ☐ NO

¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: ☐ SI ☐ NO

¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: ☐ SÍ ☐ NO

¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? ☐ SÍ ☐ NO ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? ☐ SÍ ☐ NO

12 OBSERVACIONES

OTROS DATOS DE INTERES 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 ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:
☐ JUZGADO DE GUARDIA: .....
☐ FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: .....
☐ SERVICIOS SOCIALES: .....
☐ CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: .....
☐ OTROS RECURSOS (especificar): .....
☐ 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: ☐ Hombre ☐ Mujer

CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN: FECHA : FIRMA:

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO

002986D

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

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: .....(2)
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
..... (3)
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

(Página 1 de 2) ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.
(Código procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:

DOMICILIO:

TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | NÚMERO TELÉFONO: | FECHA DE LA ASISTENCIA: | HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)

2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

APELLIDOS Y NOMBRE: | SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer

DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA Nº: | FECHA NACIMIENTO: | EDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: | PAÍS DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA:

NÚMERO: | LETRA: | KM EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN:

PROVINCIA: | PAÍS: | CÓD. POSTAL: | TELÉFONOS: | ☐ PERSONA FALLECIDA

EMBARAZO: ☐ SI ☐ NO | PERSONA CON DISCAPACIDAD: ☐ FÍSICA ☐ INTELECTUAL ☐ SENSORIAL ☐ MENTAL

¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?: ☐ NO ☐ SI
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) ☐ MENORES DE EDAD NÚMERO: ☐ PERSONAS MAYORES NÚMERO:

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)

☐ MALTRATO A PERSONAS:
- ☐ Violencia de género ☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual
- ☐ Maltrato infantil ☐ Físico ☐ Emocional ☐ Sexual ☐ Negligencia
- ☐ Maltrato personas mayores ☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Negligencia

☐ AGRESIÓN: ☐ Física ☐ Verbal ☐ Sexual ☐ Otras (especificar) .....

☐ ACCIDENTE: ☐ Doméstico ☐ Escolar ☐ Laboral ☐ Tráfico ☐ Otras (especificar) .....

☐ ANIMALES: ☐ Mordedura ☐ Arañazo ☐ Lamedura ☐ Otras (especificar) .....

☐ INTOXICACIÓN (especificar): .....

☐ OTRAS CAUSAS (especificar): .....

4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:

DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:

PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MATRATO O AGRESIONES:
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? ☐ SI ☐ NO | NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S: | SEXO: ☐ H ☐ M

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR: | DIRECCIÓN: | TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No específica ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre

OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)
☐ NO ☐ SI .....

TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):

LA PERSONA ACUDE:
☐ SOLA
☐ ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada): .....

DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecomillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:

5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

002986D

(Página 2 de 2) ANEXO I

6 ESTADO PSIQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)

7 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

8 MEDIDAS TERAPEÚTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc....)

9 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)

☐ LEVE ☐ MODERADO ☐ GRAVE ☐ MUY GRAVE

10 PLAN DE ACTUACIÓN

☐ INGRESO
☐ ALTA
☐ DERIVACION A: ☐ Atención Primaria ☐ Atención Especializada

PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES
☐ Información sobre recursos de atención al maltrato
☐ Valoración del riesgo
☐ Plan de seguridad

11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones

¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE? ☐ SÍ ☐ NO Desde cuando: ☐ En el último año ☐ A lo largo de la vida

EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
☐ Pareja actual ☐ Expareja ☐ Pareja del padre o de la madre ☐ Hermano/a ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre
☐ Tío/a y otro familiar ☐ No familiar ☐ No especifica

INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS

DENUNCIAS PREVIAS: ☐ SÍ ☐ NO

¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: ☐ SI ☐ NO

¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: ☐ SÍ ☐ NO

¿EXISTE PROCEDIMIENTO ABIERTO? ☐ SÍ ☐ NO ¿EXISTE ORDEN DE ALEJAMIENTO? ☐ SÍ ☐ NO

12 OBSERVACIONES

OTROS DATOS DE INTERES 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 ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:
☐ JUZGADO DE GUARDIA: .....
☐ FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: .....
☐ SERVICIOS SOCIALES: .....
☐ CENTROS DE INFORMACIÓN DE LA MUJER: .....
☐ OTROS RECURSOS (especificar): .....
☐ 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: ☐ Hombre ☐ 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 el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:
a) La persona responsable del tratamiento de sus datos personales es: ..... (1)
b) Podrá contactar con el/la Delegado/a de Protección de Datos en la dirección electrónica: .....(2)
c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión del Partes de Lesiones, con la finalidad de cumplir con la obligación legal de poner en conocimiento de los Juzgados o Tribunales la asistencia sanitaria por lesiones recibidas en un centro sanitario, cuya base jurídica es artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos, cumplimiento de una obligación legal, recogida en el Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
d) Los datos serán cedidos al Juzgado de Guardia u otras autoridades judiciales, a la Consejería de Salud y Familias y a terceros por obligaciones legales.
e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
..... (3)
1.- En caso de tratarse de un Centro Público, el responsable será la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados del SAS, cuya dirección es Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
2.- En caso de tratarse de un Centro Público, dpd.sspa@juntadeandalucia.es. En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.
3.- En caso de tratarse de un Centro Público, http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos En caso de tratarse de un Centro Privado, será cumplimentado debidamente.

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

002986D