

## PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

### 1. DATOS DEL CENTRO

Nombre del centro			
Dirección			
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono

### 2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección			Telf.
Provincia		Municipio	CP
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
DNI	Nº de Historia Clínica y/o CIPA (CIP)		

### 3. FECHA/HORA ASISTENCIA

### LUGAR DE LOS HECHOS (DIRECCIÓN Y POBLACIÓN)

--	--	--	--

### 4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES

ACCIDENTE   
  Tráfico   
  Laboral   
  Otros (especificar)

VIOLENCIA DE GÉNERO

MALTRATO   
  Menores de edad   
  Personas mayores   
  Personas con discapacidad

AGRESIÓN   
  Sexual   
  Otra (especificar)

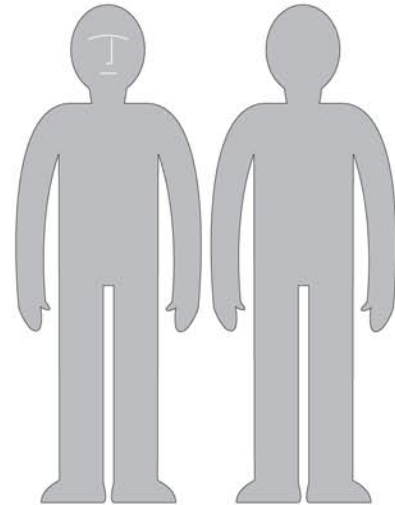
ANIMALES

INTOXICACIÓN

OTRAS CAUSAS (especificar)

### 5. LESIONES QUE PRESENTA

Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada



### 6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

--

### 7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

### PRONÓSTICO CLÍNICO

- Leve  
 Grave  
 Muy grave

### 8. PLAN DE ACTUACIÓN

Especificar si causa alta, queda ingresada, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento

--

**9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)**

Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:		Tipo de maltrato <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual		
¿Conoce a la/s persona/s agresora/s? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta		Nombre de la/s persona/s agresora/s:		
Dirección de la/s persona/s agresora/s	Teléfono	Relación con la/s persona/s agresora/s	Convive con ella/s <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE</b>				
Nombre y Apellidos:			Relación con la persona asistida	
<b>TESTIGOS DEL INCIDENTE</b>				
Nombre y Apellidos:				

Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:

Estado emocional actual de la persona asistida:

CUMPLIMENTAR **SOLO** EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

**10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES**

¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene personas menores o discapacitadas a su cargo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre y Apellidos:	Relación de parentesco:
¿Acude sola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de:		
¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?		
¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

**ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS**

**11. CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD**

La exploración es  compatible  incompatible con los hechos recogidos

**12. OBSERVACIONES**

**13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO**

Nombre y Apellidos:	Firma
Nº de colegiado:	