

## 1. Disposiciones generales

### CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

*RESOLUCIÓN de 30 de diciembre de 2010, de la Dirección General de Participación e Innovación Educativa, por la que se modifica la Resolución de 29 de junio de 2005, de la Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa, en cumplimiento de la sentencia de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla referente al recurso con el núm. 192/2006.*

La Resolución de 29 de junio de 2005, de la Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa, por la que se hace pública la relación de centros seleccionados en los que se desarrollará el programa bilingüe (BOJA núm. 134, de 12 de julio de 2005), dictada al amparo de la Orden de 6 de abril de 2005, por la que se convocan proyectos educativos para la selección de Centros Bilingües para el curso 2005/06, autorizaba a determinados centros a impartir la enseñanza de la modalidad bilingüe.

Con posterioridad a la publicación de la misma, la AMPA Los Dólmenes del Colegio Público de Castilleja de Guzmán (41008301), interpuso recurso contencioso-administrativo contra dicha Resolución, al no haber sido incluido el nuevo Colegio Público de Castilleja de Guzmán, CEIP Monteolivo (41008301) en el Anexo II: Relación de Centros de Nueva Creación Autorizados como Centros Bilingües.

Finalmente, con fecha 3 de septiembre de 2010, la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de Sevilla, dictó sentencia, y falló a favor de los demandantes por allanamiento de la Administración de la Junta de Andalucía, anulando la Resolución de 29 de julio de 2005 por no incluir el nuevo centro de Castilleja de Guzmán, CEIP Monteolivo (41008301), en dicha relación.

Con fecha 7 de octubre de 2010, el Viceconsejero de Educación (P.D.O. de 22.9.2003) dictó la Orden de 7 de Octubre de 2010, por la que se acuerda el cumplimiento de la sentencia dictada por la Sección 3.ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Sevilla, en el P.O. 192/06, seguido a instancias de la asociación Los Dólmenes Colegio Público Castilleja de Guzmán.

Por todo lo anterior, la Dirección General de Participación e Innovación Educativa, competente en materia de selección de centros bilingües, en virtud del Decreto 166/2009, de 19 de mayo, por el que se modifica el Decreto 121/2008, de 29 de abril, por el que se regula la estructura orgánica de la Consejería de Educación (BOJA núm. 95, de 20 de mayo de 2009) que en el artículo 11.2.o) establece que corresponde a la Dirección General de Participación e Innovación Educativa la gestión y coordinación de las actuaciones y programas relativos a los centros docentes bilingües.

#### HA RESUELTO

Modificar el Anexo II de la Resolución de 29 de junio de 2005, en el sentido que a continuación se indica, incluyendo en el mismo, en el listado correspondiente a la provincia de Sevilla, al actual CEIP Monteolivo (41008301), Castilleja de Guzmán, con los mismos derechos que el resto de los centros incluidos en la mencionada Resolución, dando así cumplimiento a la sentencia de la Sección 3.ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de Sevilla:

### ANEXO III

#### RELACIÓN DE CENTROS DE NUEVA CREACIÓN AUTORIZADOS COMO CENTROS BILINGÜES

Provincia de Sevilla

CÓDIGO DE CENTRO	DENOMINACIÓN	LOCALIDAD	IDIOMA DE LA SECCIÓN
41008301	CEIP	Castilleja de Guzmán	Inglés
41008337	CEIP	Mairena del Aljarafe	Inglés
41008325	CEIP	Espartinas	Inglés
41008398	IES	Espartinas	Inglés

Sevilla, 30 de diciembre de 2010.- La Directora General, Aurelia Calzada Muñoz.

### CONSEJERÍA DE SALUD

*DECRETO 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.*

El artículo 15 de la Constitución Española reconoce, entre los derechos fundamentales y libertades de las personas, el derecho a la vida y a la integridad física y moral, y el artículo 43 recoge como principio rector de la política social y económica el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su parte, en los artículos 16, 18, y 19 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, también se reconoce un derecho de protección integral contra la violencia de género para las mujeres y un derecho de las personas menores de edad y de las personas mayores a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y atención integral necesarias.

En materia de competencia, el artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, socio sanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población y la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

Los documentos e informes en los que se recoge la asistencia sanitaria de cada persona tienen un valor y una utilidad no solo sanitaria sino también judicial.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su artículo 262, establece el deber general de denunciar posibles delitos por parte de aquellos que por razón de su profesión tuvieran conocimiento de los mismos. La citada Ley se refiere, en su artículo 355, al personal facultativo y especifica que si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera, consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido están obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.

La comunicación al juzgado de guardia tiene extraordinaria importancia como documento acreditativo de las lesiones producidas, que quedará incorporada al sumario que eventualmente se instruya y podrá, en su caso, servir de prueba documental si, como consecuencia de la instrucción del sumario, se decide la apertura del juicio oral. Para ello es necesario que, en la primera asistencia sanitaria que reciba la persona, se realice una correcta descripción de las lesiones, del tratamiento realizado durante la asistencia y una evaluación de su pronóstico, así como incluir toda la información que pueda ser de interés para la mejor atención a la persona afectada, contribuyendo a evitar dilaciones injustificadas en las adopciones de las medidas legales necesarias en cada caso.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 32, la obligatoriedad de los poderes públicos de colaborar y garantizar la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad.

En este mismo sentido se expresa, respecto a las personas menores de edad, el artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Así mismo, el artículo 32.3 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, determina que las administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado. Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.

Por ello, en los casos de violencia de género, la remisión al juzgado de guardia de la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones constituye una herramienta fundamental a través de la cual la autoridad judicial identifica con más facilidad estos casos y remite la causa a los juzgados con competencia en materia de violencia de género, evitándose dilaciones injustificadas en su tramitación y en la adopción de medidas legales de protección a la mujer y al entorno familiar.

Desde la perspectiva sanitaria, la comunicación al juzgado de guardia se configura como un medio de información que permitirá conocer el impacto de las lesiones en la salud de las personas. En este sentido, el artículo 8 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad dispone que se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria. En dicho sentido, el artículo 34.2 de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género preceptúa que la Consejería competente en materia de salud, establecerá los mecanismos de seguimiento específicos que permitan la elaboración de estadísticas y la evaluación de los efectos producidos por las situaciones de violencia de género.

En el artículo 23 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, se establece el deber de los profesionales sanitarios de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias.

En el ámbito de la legislación específica de protección de datos, el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, permite recabar, tratar y ceder datos de carácter personal que hagan referencia a la salud cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley.

La diversidad actual en los modelos de partes utilizados para esta comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados de nuestra Comunidad Autónoma, unido a la necesidad de incorporar las previsiones que, respecto a estas comunicaciones, recoge la normativa de protección de menores y de víctimas de violencia de género, hace necesario establecer un modelo homogéneo que permita recoger la información necesaria e imprescindible y con ello agilizar las actuaciones judiciales, facilitando la obtención de los datos y su posterior tratamiento como fuente de información para futuras actuaciones y medidas preventivas en materia de salud.

En su virtud, a propuesta de la Consejera de Salud, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 21.3 y 27.9 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de acuerdo con el Consejo Consultivo de Andalucía y previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su sesión celebrada el día 11 de enero de 2011,

## D I S P O N G O

### Artículo 1. Objeto

Este Decreto tiene por objeto crear un modelo homogéneo y normalizado de parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones (en adelante parte al juzgado) así como establecer las normas e instrucciones necesarias para su cumplimentación y tramitación.

### Artículo 2. Definiciones

A los efectos previstos en este Decreto se entiende por:

a) Parte al juzgado: Documento de obligada cumplimentación tras la asistencia sanitaria inicial, por el cual se pone en conocimiento del juzgado de guardia la existencia de lesiones en una persona, la acción causante de las mismas, pronóstico y, en su caso, otros datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia sanitaria.

b) Lesiones: Todo daño o detrimento de la integridad física o mental de una persona causado por cualquier medio o procedimiento que pueda motivar una posible causa judicial, bien porque la persona lesionada lo declare o porque haya signos o síntomas claros para sospecharlo.

c) Centro sanitario: Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

d) Servicio sanitario: Unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de profesionales, capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Asimismo pueden estar integrados en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria.

### Artículo 3. Ámbito de aplicación.

El presente Decreto es de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que se hallen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

### Artículo 4. Fines.

Son fines de la presente disposición normativa:

a) Facilitar la recogida de información sobre la asistencia sanitaria prestada a personas, desagregada por sexo y causa,

cuando ésta ha de trasladarse al juzgado de guardia como consecuencia de hechos constitutivos de posible causa judicial.

b) Proporcionar a los órganos judiciales la información suficiente, precisa y objetiva, desagregada por sexo, para facilitar sus actuaciones y, especialmente, la identificación de las situaciones de violencia de género y desprotección de menores.

c) Facilitar la realización de estudios epidemiológicos, con perspectiva de género, que evalúen los daños físicos o psíquicos ocasionados a las personas lesionadas y contribuyan a prevenir y mejorar los problemas de salud de las mismas.

d) Facilitar la obtención de la información necesaria para la realización de estadísticas oficiales.

Artículo 5. Protección de datos, confidencialidad y deber de secreto.

1. La recogida y tratamiento de los datos de carácter personal se registrará por lo establecido en los artículos 7.3 y 11.2 «apartados d) y f)» de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

2. Igualmente, todas las personas que por razón de sus funciones tengan acceso a los datos e informaciones de carácter asistencial referidos en el apartado anterior, estarán sujetas al deber de confidencialidad respecto de los mismos en los términos establecidos en el artículo 10.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, y en el artículo 2.7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

3. Cuando los datos recogidos se utilicen con fines epidemiológicos y de salud pública, serán sometidos al correspondiente proceso de disociación.

4. Con objeto de impulsar la necesaria colaboración con el Sistema Estadístico de Andalucía, para la elaboración de las estadísticas oficiales se establecerán circuitos de información necesarios para la ejecución de las actividades estadísticas que sobre esta materia se incluyan en los planes y programas de Andalucía, todo ello en los términos establecidos en la Ley 4/1989, de 12 de diciembre, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Artículo 6. Modelo homogéneo y normalizado.

1. El contenido y formato del parte al juzgado se ajustará al modelo establecido en el Anexo I de este Decreto, con los siguientes apartados:

- a) Datos identificativos del centro o servicio sanitario.
- b) Datos identificativos de la persona lesionada.
- c) Causa presumible de las lesiones.
- d) Descripción de las lesiones.
- e) Estado psíquico y emocional de la persona lesionada.
- f) Pruebas complementarias realizadas.
- g) Medidas terapéuticas.
- h) Pronóstico clínico.
- i) Plan de actuación.
- j) Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia, según manifiesta la persona lesionada.
- k) Antecedentes de interés, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones a personas.
- l) Observaciones.

2. Se podrán adjuntar fotografías de las lesiones, previo consentimiento de la persona atendida o, en su caso, por su representante legal, según modelo normalizado de consentimiento que figura como Anexo II. Dicho modelo constará de original y dos copias. El original se remitirá al juzgado, la primera copia se entregará a la persona interesada y la segunda copia se incorporará a la historia clínica.

3. El parte al juzgado constará de original y tres copias y estará disponible en todos los centros y servicios sanitarios, sin perjuicio de su posible impresión a través de la página web de la Consejería competente en materia de salud [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud)

Artículo 7. Complimentación.

1. El parte al juzgado deberá cumplimentarse según lo dispuesto en las instrucciones que se incluyen en el modelo normalizado que se adjunta como Anexo I.

2. Se cumplimentará tras la asistencia sanitaria inicial, por el facultativo o la facultativa responsable de esta atención.

3. En los casos de fallecimientos por lesiones cuyo agente causal sea violento o susceptible de causa judicial, deberá cumplimentarse el parte al juzgado.

Artículo 8. Tramitación.

1. Los centros y servicios sanitarios remitirán el original al juzgado de guardia, en un plazo nunca superior a veinticuatro horas desde la asistencia inicial, por cualquier medio que garantice la comunicación y la protección de los datos.

2. En aquellos casos cuya causa presumible sea violencia de género, maltrato o agresiones a personas, el parte al juzgado deberá comunicarse inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial, por cualquier medio que garantice la protección de los datos.

3. La primera copia se entregará a la persona lesionada, o en su defecto a un familiar o persona de su confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la historia clínica hasta que ésta la solicite.

4. La segunda copia se archivará en la historia clínica.

5. La tercera copia, destinada a Información Estadística, será remitida a la Consejería competente en materia de Salud. En la misma no deberán constar los datos de la persona lesionada, salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos de la persona presuntamente agresora, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del facultativo o facultativa responsable, ni su Código Numérico Personal o número de colegiación, salvo el sexo.

Artículo 9. Régimen sancionador.

1. Sin perjuicio de las responsabilidades penales, estatutarias, disciplinarias o de otro orden que puedan concurrir, en caso de incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Decreto será de aplicación el régimen de infracciones y sanciones establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, y en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en los términos que se establecen en los apartados siguientes.

2. Se considerará infracción sanitaria leve, según lo preceptuado en el artículo 35.a) 1.º y 2.º de la Ley 14/1986, de 25 de abril:

a) No cumplimentar el parte al juzgado en el modelo normalizado, conforme lo establecido en el artículo 6.

b) La omisión en el parte al juzgado de aquellos datos establecidos en el Anexo I de los que se tenga conocimiento, siempre que sean necesarios para los fines de la presente disposición normativa y no se considere falta grave.

c) La no remisión al juzgado de guardia del ejemplar correspondiente en el plazo previsto en el apartado 1 del artículo 8, cuando no pueda calificarse como falta grave.

3. Tendrán la consideración de infracciones sanitarias graves, las acciones y omisiones previstas en el artículo 35.B) 5.ª de la Ley 14/1986, de 25 de abril, y en el artículo 25.1.c) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, y específicamente las siguientes:

a) No cumplimentar el parte al juzgado o no remitir el ejemplar correspondiente al juzgado de guardia.

b) La no remisión de manera inmediata al juzgado de guardia del ejemplar correspondiente en los casos que exista urgencia, tales como violencia de género, maltrato o agresiones a personas.

c) Cumplimentar insuficientemente los datos establecidos en el Anexo I de los que se tenga conocimiento, siempre

que sean necesarios para los fines de la presente disposición normativa y afecten, especialmente, a casos de violencia de género, maltrato o agresiones a personas.

4. La responsabilidad administrativa por las infracciones cometidas corresponderá a las personas físicas o jurídicas a las que correspondiera el cumplimiento de la obligación cuya inobservancia es determinante de la infracción.

Disposición adicional primera. Comunicación al Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

1. En los casos de lesiones en menores causadas presuntamente por maltrato, el personal responsable de la asistencia actuará de conformidad a lo establecido en la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 11 de febrero de 2004, por la que acuerda la Publicación del texto íntegro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía.

2. Así mismo, deberá cumplimentar la Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil, aprobada por Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de 23 de junio de 2006, de conformidad con lo establecido en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

Disposición adicional segunda. Aplicación de los medios electrónicos y telemáticos en los centros y servicios sanitarios.

1. Cuando se disponga de los medios técnicos necesarios, el parte al juzgado podrá cumplimentarse y remitirse al

juzgado de guardia por medios electrónicos y telemáticos, al igual que la copia destinada a información estadística.

2. Se adoptarán medidas de seguridad para impedir la manipulación del parte al juzgado y el acceso no autorizado a la información contenida en el mismo.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.  
Queda derogada cualquier disposición de igual o inferior rango que se oponga a lo previsto en este Decreto.

Disposición final primera: Desarrollo, ejecución y actualización de los Anexos.

Se autoriza a la Consejera de Salud para dictar cuantas disposiciones sean precisas para el desarrollo y ejecución de este Decreto, y en especial para determinar el circuito de información de parte al juzgado y actualizar el contenido de los Anexos de este Decreto.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El Decreto entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 11 de enero de 2011

JOSÉ ANTONIO GRIÑÁN MARTÍNEZ  
Presidente de la Junta de Andalucía

MARÍA JESÚS MONTERO CUADRADO  
Consejera de Salud

**PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES**

<b>1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO</b>				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
<b>2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
<b>3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)</b>				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Física</span> <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Sensorial</span> <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): ..... <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....				
<b>4 LESIONES QUE PRESENTA</b> (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
<b>5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
<b>6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS</b>				
<b>7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
<b>8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)</b>				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



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

<b>9 PLAN DE ACTUACIÓN</b> (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)	
<b>10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:</b>	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	
<b>11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12 OBSERVACIONES</b>	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS 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 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS: <input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	
<b>13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	



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

**PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES**

<b>1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO</b>				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
<b>2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
<b>3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)</b>				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Física</span> <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Sensorial</span> <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): ..... <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....				
<b>4 LESIONES QUE PRESENTA</b> (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
<b>5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
<b>6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS</b>				
<b>7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
<b>8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)</b>				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



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

<b>9 PLAN DE ACTUACIÓN</b> (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)	
<b>10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:</b>	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	
<b>11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12 OBSERVACIONES</b>	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS 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 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:	
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	
<b>13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	



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



**PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES**

<b>1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO</b>				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
<b>2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
<b>3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)</b>				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Física</span> <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Sensorial</span> <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): ..... <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....				
<b>4 LESIONES QUE PRESENTA</b> (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
<b>5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
<b>6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS</b>				
<b>7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
<b>8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)</b>				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO



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

<b>9 PLAN DE ACTUACIÓN</b> (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)	
<b>10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:</b>	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	
<b>11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12 OBSERVACIONES</b>	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS 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 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:	
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	
<b>13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	



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

**PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES**

<b>1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO</b>				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
<b>2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
<b>3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)</b>				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Física</span> <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <span style="float:right"><input type="checkbox"/> Sensorial</span> <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): ..... <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): .....				
<b>4 LESIONES QUE PRESENTA</b> (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
<b>5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL</b> (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
<b>6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS</b>				
<b>7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS</b> (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
<b>8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)</b>				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD



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

<b>9 PLAN DE ACTUACIÓN</b> (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)	
<b>10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:</b>	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorrido) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	
<b>11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones</b>	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACIÓN/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>12 OBSERVACIONES</b>	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ ..... <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS 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 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS:	
<input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar):	
<input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	
<b>13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	



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

## **INTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES**

El modelo de Parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria será de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que atiendan casos de lesiones o fallecimientos que deban ser puestos en conocimiento de la Autoridad Judicial en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. En los centros que esté disponible la conexión con el sistema DIRAYA o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. Además estará disponible en modelo autocopiativo en todos los centros sanitarios. En este caso, para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias son legibles.

Los datos aquí recogidos se registrarán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

### TRAMITACIÓN DEL PARTE:

1. Los centros y servicios sanitarios remitirán el original al juzgado de guardia, en un plazo nunca superior a veinticuatro horas desde la asistencia inicial, por cualquier medio que garantice la comunicación y la protección de los datos.
2. En aquellos casos cuya causa presumible sea violencia de género, maltrato o agresiones a personas, el parte al juzgado deberá comunicarse de manera inmediata por cualquier medio que garantice la protección de los datos.
3. La primera copia se entregará a la persona lesionada, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la historia clínica hasta que ésta la solicite.
4. La segunda copia se archivará en la historia clínica.
5. La tercera copia, destinada a Información Estadística, será remitida a la Consejería de Salud. En la misma no deberán constar los datos de la persona lesionada, salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos de la persona presuntamente agresora, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del facultativo o facultativa responsable, ni su Código Numérico Personal o número de colegiación, salvo el sexo.

### LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR:

**Violencia de género:** Todo acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las coacciones o la privación arbitraria de libertad ejercidas sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

**Maltrato a personas:** Cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona y comprometa la satisfacción de sus necesidades básicas e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos o sexuales hacia personas menores de edad, ancianas, dependientes o con discapacidad. En el caso de maltrato infantil deberá además cumplimentarse y tramitarse la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil, de acuerdo al procedimiento establecido en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.

**Agresión:** Acción con violencia que incluye las de índole físico como las de tipo verbal.

**Agresión sexual:** Agresión con empleo de fuerza, intimidación, amenaza o sorpresa que atenta contra la libertad sexual de la persona. Engloba cualquier tipo de comportamiento sexual no deseado o no consentido: agresión sexual sin contacto corporal (exhibicionismo, mensajes, gestos, palabras obscenas, obligar a realizar actos sexuales...) agresión sexual con contacto corporal (caricias, tocamientos, masturbación...), agresión sexual con violación o tentativa (penetración vaginal, anal o bucal ya sea con órgano sexual, dedos, o cualquier objeto).

**Otras causas:** Abarcará aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados relacionados y precisen ser comunicadas al Juzgado. En los casos que se señale esta opción se especificará la posible causa.

### LOS APARTADOS QUE PROCEDAN DEBEN SER CUMPLIMENTADOS EN SU TOTALIDAD:

Se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta la persona (naturaleza, localización, forma, disposición, longitud, aspecto, número, data y otras características de interés). En relación con las mismas, cuando sea posible se realizará fotografía de éstas, solicitando previamente consentimiento a la persona atendida, según modelo normalizado y serán archivadas en la historia clínica.

Deberá recogerse el estado psíquico y emocional en el que se encuentre la persona cuando acude al centro.

Deberán detallarse las pruebas complementarias que se realicen, las medidas terapéuticas, el pronóstico clínico y si tras la atención la persona ha sido dada de alta o derivada a otro servicio.

Asimismo, se facilitará la recogida de información relacionada con el posible origen de las lesiones, datos de la persona que las ha podido causar según refiere la persona lesionada, si ésta acude al centro sola o acompañada y si tras la atención se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a la que se refiere.

También deberán recogerse antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no aporta información" si la persona no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.

Se especificará si la persona atendida tiene menores u otras personas a su cargo y otros datos de interés para el órgano judicial, así como si se contacta telefónicamente con otros recursos. Específicamente, en todos los casos en los que se deba comunicar de forma urgente al juzgado de guardia, se anotará la hora en la que se contactó telefónicamente con el juzgado, justificándose la causa en caso de omitir dicha llamada.

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO II

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª ..... con DNI .....
En su caso, su representante legal:
D/Dª ..... con DNI .....
En calidad de ..... con domicilio .....

DECLARO:

Que el Dr/la Dra ..... del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente [ ] Sí [ ] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [ ] Sí [ ] NO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª ..... Firma del Personal Facultativo responsable ..... Fdo. Representante legal .....

EN CASO DE REVOCACIÓN:

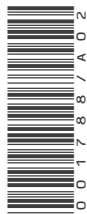
D/Dª ..... con DNI ..... con domicilio .....
En su caso, su representante legal:
D/Dª ..... con DNI .....
En calidad de ..... con domicilio .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... / ..... / .....

Lo que firmo, En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª ..... Firma del Personal Facultativo responsable ..... Fdo. Representante legal .....

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO II

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª ..... con DNI .....
En su caso, su representante legal:
D/Dª ..... con DNI .....
En calidad de ..... con domicilio .....

DECLARO:

Que el Dr/la Dra ..... del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente [ ] Sí [ ] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [ ] Sí [ ] NO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª ..... Firma del Personal Facultativo responsable Fdo. Representante legal

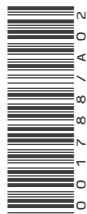
EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª ..... con DNI ..... con domicilio .....
En su caso, su representante legal:
D/Dª ..... con DNI .....
En calidad de ..... con domicilio .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... / ..... / .....
Lo que firmo, En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª ..... Firma del Personal Facultativo responsable Fdo. Representante legal

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO II

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª ..... con DNI .....
En su caso, su representante legal:
D/Dª ..... con DNI .....
En calidad de ..... con domicilio .....

DECLARO:

Que el Dr/la Dra ..... del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.
He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente [ ] Sí [ ] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [ ] Sí [ ] NO

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª ..... Firma del Personal Facultativo responsable ..... Fdo. Representante legal .....

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª ..... con DNI ..... con domicilio .....
En su caso, su representante legal:
D/Dª ..... con DNI .....
En calidad de ..... con domicilio .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... / ..... / .....

Lo que firmo, En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. D/Dª ..... Firma del Personal Facultativo responsable ..... Fdo. Representante legal .....

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO

