

Proyecto de Orden por la que se actualizan el Anexo I y las Instrucciones para su cumplimentación, incorporados en el 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

Con objeto de crear un modelo homogéneo y normalizado de Parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, así como establecer las normas e instrucciones necesarias para su cumplimentación y tramitación, se dictó el *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*.

Posteriormente se realizó una corrección de errores (Boja de 18 de abril de 2011) donde se incluía la protección de datos en el modelo del anexo mencionado.

Desde la perspectiva sanitaria, la comunicación al Juzgado de Guardia se configuraba como un medio de información que permitiría 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.

Con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal se ha llevado a cabo, entre otras reformas, una supresión definitiva del catálogo de faltas regulado en el Libro III del Código Penal, tipificando como delito leve aquellas infracciones que se ha estimado necesario mantener, por lo que es necesario adecuar un gran número de artículos, que en materia sanitaria afectan a la modificación de los artículos 147, 149 y 150 relativos al delito de lesiones, así como la realizada en los artículos 379, 380 y 381, reguladores de los delitos contra la seguridad vial.

Así en la exposición de motivos de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, se indica que: En atención a la escasa gravedad de las lesiones y de los maltratos de obra, sólo van a ser perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Con ello se evita la situación actual, en la que un simple parte médico de lesiones de escasa entidad obliga al juez de instrucción a iniciar todo un proceso judicial y a citar al lesionado para que acuda obligatoriamente al juzgado a fin de hacerle el ofrecimiento de acciones como perjudicado, con los inconvenientes que ello le ocasiona. Parece más adecuado que sólo se actúe cuando el perjudicado interponga denuncia. Ahora bien, en los casos de violencia de género no se exigirá denuncia previa para perseguir las lesiones de menor gravedad y el maltrato de obra.

Esta modificación supone la necesidad de evitar que partes de lesiones de escasa entidad puedan determinar actuaciones judiciales innecesarias, debiendo el personal sanitario remitir el parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones con la suficiente y adecuada información que permita al Juzgado seleccionar aquellos con la suficiente entidad para determinar actuaciones judiciales a la luz de la nueva tipología delictual recogida en la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo.



Por su parte en cuanto a los accidentes de tráfico, la modificación de los delitos contra la seguridad vial viene a determinar una apreciación judicial sobre la calificación penal de la actuación y por ello será el Juzgado de Instrucción correspondiente, el que solicite de oficio el informe de asistencia médica y la documentación clínica correspondiente.

En los casos de violencia de género y en los supuestos de víctimas vulnerables, no se exigirá denuncia previa para perseguir las lesiones, debiendo realizarse el parte por lesiones, en todos los casos.

Por lo anterior, se considera necesario la inclusión en el Anexo I, de aquellos datos que son necesarios para garantizar que el órgano judicial cuente desde el primer momento con la información necesaria para agilizar la instrucción, y así evitar actuaciones de investigación innecesarias.

Así mismo, al objeto de agilizar las relaciones con la Administración de Justicia, se considera adecuado introducir en las instrucciones para la cumplimentación del parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, la remisión del citado parte así como la documentación que en su caso sea necesaria, por el personal facultativo que preste asistencia sanitaria en centros y servicios tanto públicos como privados, a través de medios telemáticos, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1065/2015, de 27 de noviembre, sobre comunicaciones electrónicas en la Administración de Justicia.

Por último, en relación con la aplicación desde el 25 de mayo de 2018 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la Protección de las Personas Físicas en lo que respecta al tratamiento de Datos Personales y a la Libre Circulación de estos Datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) se han introducido las actualizaciones necesarias para su adecuación a la citada normativa en materia de protección de datos personales.

Esta norma se adecua a los principios de buena regulación establecidos en el artículo 129.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Se encuentra justificada por una razón de interés general. El Anexo I, con sus correspondientes instrucciones, pretende sistematizar la información recogida en el parte de asistencia sanitaria por lesiones y facilitar la labor del personal facultativo. Contiene la regulación imprescindible para atender el objeto de la norma y no contempla medidas restrictivas de derechos, imponiendo las mínimas obligaciones a los destinatarios. Resulta plenamente coherente con el ordenamiento jurídico, nacional y comunitario, y genera un marco normativo estable, predecible, claro y de certidumbre que facilita su conocimiento y comprensión y, en consecuencia, la actuación y toma de decisiones por parte del personal profesional sanitario y por la ciudadanía. Al no tener impacto en la actividad económica y regular aspectos parciales que no modifican sustancialmente el Decreto 3/2011, de 11 de enero, no ha sido sometida al trámite de consulta pública previa en el Portal de la Junta de Andalucía. Finalmente, evita cargas administrativas innecesarias o accesorias y racionaliza, en su aplicación, la gestión de los recursos públicos.



En su virtud, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 44.2 y 46.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en relación con el artículo 26 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, y de conformidad con lo dispuesto en la disposición final primera del Decreto 3/2011, de 11 de enero.

DISPONGO

Artículo único: Actualizar el Anexo I y las Instrucciones del 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.

Se actualiza el Anexo I y las Instrucciones del parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, de conformidad con la normativa vigente, que figura como Anexo a la presente orden.

Disposición final única.

La presente orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, ____ de _____ de 2018.

LA CONSEJERA DE SALUD



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

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:	
								<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA N°:			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:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA			
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL			
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:									
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número)									
<input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD		NÚMERO:	
						<input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES		NÚMERO:	

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)									
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:									
<input type="checkbox"/> Violencia de género		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Sexual			
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Psicológico		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar):									
<input type="checkbox"/> 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:					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:				
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:			DIRECCIÓN:				TELÉFONO:		
			RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S						
			<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a
			<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No especifica	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Padre/Madre
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)									
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI									
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 entrecorillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:									

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

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

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



BORRADOR

7	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

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

9	PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE	

10	PLAN DE ACTUACIÓN
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACION A:	
<input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada	
PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad	

11	ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Desde cuando <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No especifica	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: ¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

12	OBSERVACIONES
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"/> SI <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"/> CENTROS DE 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.	

13	DATOS PERSONAL FACULTATIVO
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	
PROTECCIÓN DE DATOS	
En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:	
a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es 1	
b) Podrá contactar con el Delegado 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 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.	

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

BORRADOR

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

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:	
								<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA N°:			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:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA	
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL			
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:									
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:									

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)									
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:									
<input type="checkbox"/> Violencia de género		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Sexual			
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Psicológico		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN:		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Verbal		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE:		<input type="checkbox"/> Doméstico		<input type="checkbox"/> Escolar		<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
<input type="checkbox"/> ANIMALES:		<input type="checkbox"/> Mordedura		<input type="checkbox"/> Arañazo		<input type="checkbox"/> Lamedura		<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar):									
<input type="checkbox"/> 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:					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:				
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:					DIRECCIÓN:			TELÉFONO:	
					RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S				
<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a			
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No específica		<input type="checkbox"/> Hijo/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)									
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI									
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:									

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

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

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



BORRADOR

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

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:	
								<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA N°:			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:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA	
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL			
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:									
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="text"/>									
<input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO: <input type="text"/>									

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)									
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:									
<input type="checkbox"/> Violencia de género		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Sexual			
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores		<input type="checkbox"/> Físico		<input type="checkbox"/> Psicológico		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Negligencia	
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otras (especificar)									
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar):									
<input type="checkbox"/> 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:					NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:				
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:			TELÉFONO:		
RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S									
<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a			
<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No especifica		<input type="checkbox"/> Hijo/a		<input type="checkbox"/> Padre/Madre	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)									
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI									
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 entrecorillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:									

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

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

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO



BORRADOR

7	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

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

9	PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE	

10	PLAN DE ACTUACIÓN
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA DERIVACION A: <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada	
PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad	

11	ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Desde cuando <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No específica	
INDICAR CUANDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SI <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"/> SI <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

12	OBSERVACIONES
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ORGANISMO 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"/> SI <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"/> CENTROS DE 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.	

13	DATOS PERSONAL FACULTATIVO
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

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es 1

b) Podrá contactar con el Delegado 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 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.

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO

BORRADOR

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

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:	
										<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA N°:				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:		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA			
EMBARAZO:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PERSONA CON DISCAPACIDAD:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> SENSORIAL <input type="checkbox"/> MENTAL					
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO?:											
(En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su número) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MENORES DE EDAD NÚMERO: <input type="checkbox"/> PERSONAS MAYORES NÚMERO:											
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)											
<input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS:											
<input type="checkbox"/> Violencia de género			<input type="checkbox"/> Física			<input type="checkbox"/> Psicológica			<input type="checkbox"/> Sexual		
<input type="checkbox"/> Maltrato infantil			<input type="checkbox"/> Físico			<input type="checkbox"/> Emocional			<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia		
<input type="checkbox"/> Maltrato personas mayores			<input type="checkbox"/> Físico			<input type="checkbox"/> Psicológico			<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia		
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN:		<input type="checkbox"/> Física		<input type="checkbox"/> Verbal		<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Otras (especificar)			
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE:		<input type="checkbox"/> Doméstico		<input type="checkbox"/> Escolar		<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Tráfico		<input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
<input type="checkbox"/> ANIMALES:		<input type="checkbox"/> Mordedura		<input type="checkbox"/> Arañazo		<input type="checkbox"/> Lamedura		<input type="checkbox"/> Otras (especificar)			
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar):											
<input type="checkbox"/> 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:						NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:					
¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:				DIRECCIÓN:				TELÉFONO:			
				RELACIÓN/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S							
				<input type="checkbox"/> Pareja actual		<input type="checkbox"/> Expareja		<input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre		<input type="checkbox"/> Hermano/a	
				<input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar		<input type="checkbox"/> No familiar		<input type="checkbox"/> No especifica		<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)											
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI											
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 entrecorillado) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:											
5 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)											
6 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)											

Información Estadística - CONSEJERÍA DE SALUD



BORRADOR

7	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS Y SOLICITADAS

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

9	PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE	

10	PLAN DE ACTUACIÓN
<input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DERIVACION A: <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Atención Especializada	
PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES <input type="checkbox"/> Información sobre recursos de atención al maltrato <input type="checkbox"/> Valoración del riesgo <input type="checkbox"/> Plan de seguridad	

11	ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORMENTE?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Desde cuando <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Pareja actual <input type="checkbox"/> Expareja <input type="checkbox"/> Pareja del padre o de la madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tío/a y otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> No especifica	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: ¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

12	OBSERVACIONES
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"/> SI <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"/> CENTROS DE 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.	

13	DATOS PERSONAL FACULTATIVO
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

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es 1

b) Podrá contactar con el Delegado 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 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

BORRADOR

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES
(Código procedimiento: 13743)

D./Dª: , con DNI/NIE:
En su caso, su representante legal:
D./Dª: , con DNI/NIE:
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, puedo 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 [] SI [] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [] SI [] NO

En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D./Dª: , con DNI/NIE:
con domicilio

En su caso, su representante legal:

D./Dª: , con DNI/NIE:
En calidad de con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo , En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

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) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es 1
b) Podrá contactar con el Delegado 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 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.

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



BORRADOR

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES (Código procedimiento: 13743)

D./Dª: , con DNI/NIE:
En su caso, su representante legal:
D./Dª: , con DNI/NIE:
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, puedo 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 [] SI [] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [] SI [] NO

En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D./Dª: , con DNI/NIE: con domicilio

En su caso, su representante legal:

D./Dª: , con DNI/NIE:

En calidad de con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo , En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

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) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es 1
b) Podrá contactar con el Delegado 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 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.

Ejemplar para la PERSONA INTERESADA



BORRADOR

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES
(Código procedimiento: 13743)

D./Dª: , con DNI/NIE:
En su caso, su representante legal:
D./Dª: , con DNI/NIE:
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, puedo 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 [] SI [] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [] SI [] NO

En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D./Dª: , con DNI/NIE:
con domicilio

En su caso, su representante legal:

D./Dª: , con DNI/NIE:

En calidad de con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

Lo que firmo , En a de de

Fdo. D/Dº

Firma del Personal
Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

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) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es 1
b) Podrá contactar con el Delegado 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 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.

Ejemplar para el CENTRO o SERVICIO SANITARIO



BORRADOR

INSTRUCCIONES 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 por medios telemáticos de conformidad a lo establecido en el R.D.1065/2015 de 27 de noviembre sobre comunicaciones electrónicas en la Administración de Justicia. En los centros en los que esté disponible la conexión con el sistema DIRAYA o que cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. En aquellos centros que no tengan acceso informático, estará disponible en modelo autocopiativo y para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias sean legibles.

Los datos aquí recogidos se registrarán por lo dispuesto en la normativa aplicable 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 está destinada a Información Estadística y en ella no constan los datos de la persona lesionada salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, país de nacimiento 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 personal facultativo, ni su Código Numérico Personal o número de colegiación, salvo el sexo. La información contenida se insertará desde los centros sanitarios emisores por medios telemáticos en sistemas de información específicos dependientes de la Consejería de Salud.

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR:

Violencia de género: Cualquier acto de violencia realizada por hombres dirigida a mujeres que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento. Incluye todo acto de violencia física o psicológica, agresiones a la libertad sexual, las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada, aún sin convivencia y a las personas menores a su cargo y en especial si la violencia es ejercida por parte de quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, de acuerdo con el contenido de la L.O. 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género.

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, mayores o con discapacidad. En el caso de maltrato infantil deberá además cumplimentarse y tramitarse la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil, sin perjuicio de la utilización de otros medios de comunicación que se estimen oportunos, 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...), y 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:

La recogida de información relacionada con la persona lesionada, debe incluir la existencia de discapacidad, embarazo o si tiene personas menores o mayores a su cargo y otros datos de interés para el órgano judicial.

Se recogerá el estado psíquico y emocional en el que se encuentra la persona cuando acude al centro, el posible origen de las lesiones, datos de quien 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.

Se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta (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.

Se detallarán las pruebas complementarias que se realicen o se hayan solicitado, las medidas terapéuticas, el pronóstico clínico y si tras la atención la persona ha sido dada de alta o derivada a otro servicio. En casos de violencia de género, maltrato y agresiones deberá indicarse si se ha realizado valoración del riesgo, plan de seguridad o se ha proporcionado información acerca de recursos a donde ir.

Se recogerán los antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no aporta información" si no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.

Se indicará 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.



BORRADOR