**INFORME DE USO DE UN DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO**

Código SIACI

**BKU7**

Nº Procedimiento

**040320**

**(AL PRESENTE INFORME DEBE ADJUNTARSE EL REGISTRO DOCUMENTAL QUE EL PROPIO EQUIPO PROPORCIONA)**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL TITULAR DEL DEA** |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** |
| Persona física [ ]  NIF [ ]  NIE [ ]  Número de documento: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| Nombre: | Haga clic aquí . | 1º Apellido:  | Haga clic aquí . | 2º Apellido: | Haga clic aquí . |  |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** |
| Persona jurídica [ ]  Número de documento: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| Razón social: | Haga clic aquí . | Nombre de la entidad: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  |
| Domicilio:  | Haga clic aquí . |  |
|  |
| Población: | Haga clic aquí . | C.P.: | Haga clic . |  Provincia: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| Teléfono: | Haga clic aquí . | Teléfono móvil: | Haga clic aquí . | Correo electrónico: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]  Número de documento: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| Nombre: | Haga clic aquí . | 1º Apellido:  | Haga clic aquí . | 2º Apellido: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| Domicilio:  | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Población: | Haga clic aquí . | C.P.: | Haga clic . |  Provincia:  | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Teléfono: | Haga clic aquí . |  Teléfono móvil: | Haga clic aquí . |  Correo electrónico: | Haga clic aquí . |  |
|  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** |
|  |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
|  [ ]  Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)* [ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | *Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam)* |
| **Finalidad** | *Gestionar las prestaciones y servicios sanitarios* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha).* |
| **Destinatarios** | *No existe cesión de datos*  |
| **Derechos** | *Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional* |
| **Información adicional** | *Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es* |
|  |  |
| **DATOS DEL DESFIBRILADOR** |
|  |
| Marca y modelo: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Nº de Registro de la entidad: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Lugar de utilización del DEA: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Fecha:  | Haga clic aquí . |  Hora:  | Haga clic aquí . |  |
|   |
|  |
| **DATOS DEL PRIMER INTERVINIENTE** |
|  |
|  NIF [ ]  NIE [ ]  Número de documento: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Nombre: | Haga clic aquí . | 1º Apellido: | Haga clic aquí . | 2º Apellido: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Teléfono: | Haga clic aquí . | Teléfono móvil: | Haga clic aquí . | Correo electrónico | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  |
| **DATOS DE LA PERSONA ATENDIDA** |
|  |
|  NIF [ ]  NIE [ ]  Número de documento: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  Nombre: | Haga clic aquí . | 1º Apellido | Haga clic aquí . | 2º Apellido: | Haga clic aquí . |  |
|  |
|  |
| 1. **FORMA EN QUE SE DETECTÓ EL SUCESO QUE PROVOCÓ LA UTILIZACIÓN DEL DEA:**
 |
|  [ ]  Aviso por tercera persona. [ ]  Comprobación directa por quien utilizó el DEA. [ ]  Otras (especificar): |
| 1. **HORA EN QUE OCURRIO EL SUCESO:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |
| 1. **HORA DE LLEGADA AL LUGAR EN QUE SE ENCONTRABA LA PERSONA ATENDIDA:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |
| 1. **HORA DE LLAMADA AL SERVICIO EMERGENCIAS 1-1-2:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |
| 1. **¿SE REALIZARON MANIOBRAS DE R.C.P.?**
 | [ ]  **SÍ** [ ]  **NO** |  |
|  |
| 1. **HORA DE ENCENDIDO DEL DEA:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |
| 1. **NÚMERO DE DESCARGAS:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |
| 1. **HORA DE LLEGADA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |
| 1. **OBSERVACIONES:**
 | Haga clic aquí . |  |
|  |

Firma

En Haga clic aquí ., a Haga clic aquí . de Haga clic aquí . de 20 Haga clic aquí .

**GERENCIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO**

Código DIR3: A08016828