**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