

**A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE LA PERSONA TITULAR DEL DESA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DESA**

NOM DE L'EMPRESA O PERSONA / NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA		NIF	
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

B DADES DE L'INCIDENT / DATOS DEL SUCESO

DIA / DÍA: _____ HORA: _____	LOCALITZACIÓ / LOCALIZACIÓN		
	Via pública / Vía pública		Edifici públic / Edificio público
	Transport Públic / Transporte Público		Lloc de treball / Lugar de trabajo
Altres / Otros _____			

ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA
--	----	-----------------------	-----------------------

C IDENTIFICACIÓ DE LA PERSONA ATESA / IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ATENDIDA

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		NIF
SIP	SEXE / SEXO: Dona / Mujer	Home / Hombre	EDAT / EDAD	
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	
NÚM TELÈFONO / Nº DE TELÉFONO		CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

Indicar el sexe i l'edat aproximada en el cas de desconèixer la resta de dades.
Indicar el sexo y la edad aproximada en el caso de desconocer el resto de datos.

**D DADES DE LA PARADA CARDIORESPIRATÒRIA (PCR) I ESTAT DE LA PERSONA ATESA
DATOS DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR) Y ESTADO DE LA PERSONA ATENDIDA**

- | | |
|---|--|
| <p>1. PCR presenciada / PCR presenciada
Sí. Indicar hora de PCR: / Indicar hora de PCR: _____
No. Indicar hora d'arribada junt amb la persona en PCR:
Indicar hora de llegada junto a la persona en PCR: _____</p> <p>2. Inconscient / Inconsciente
Sí
No</p> <p>3. Respira / Respira
Sí
No</p> <p>4. Crida al 112 / Llamada al 112
Sí Hora: _____
No</p> <p>5. El / La pacient es recupera espontàniament
El / La paciente se recupera espontáneamente
Sí Hora: _____
No</p> | <p>6. Temps des de la detecció de la PCR fins l'arribada del DESA:
Tiempo desde la detección de la PCR hasta la llegada del DESA: _____</p> <p>7. ¿Ha realitzat Reanimació Cardio-Pulmonar (RCP) abans de l'ús del DESA?
¿Ha realizado Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) antes del uso del DESA?
Sí
No</p> <p>8. ¿Ha desfibril·lat el DESA? / ¿Ha desfibrilado el DESA?
Sí Quantes vegades? / ¿Cuántas veces? _____
No</p> <p>9. El / La pacient ha respirat espontàniament? / ¿El / La paciente ha respirado espontáneamente?
Sí
No</p> <p>10. El / La pacient ha recuperat la consciència? / ¿El / La paciente ha recuperado la consciencia?
Sí
No</p> |
|---|--|

**E ARRIBADA I ACTUACIÓ DELS SERVICIS D'EMERGÈNCIES
LLEGADA Y ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS**

1. ¿Han arribat els servicis de emergència? / ¿Han llegado los servicios de emergencia?

SI NO HORA: _____

2. S'ha traslladat al / a la pacient a algun centre sanitari? / ¿Se ha trasladado al / a la paciente a algun centro sanitario?

Sí No

**F IDENTIFICACIÓ DE L'INTERVINENT – REANIMADOR
IDENTIFICACIÓN DEL INTERVINIENTE - REANIMADOR**

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NIF

SEXE/SEXO

Dona / Mujer

Home / Hombre

EDAT/EDAD

ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NUMERO I PORTA)
DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVINCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO
ELECTRÓNICO

1. És personal autoritzat / format per l'ús del DESA?
¿Es personal autorizado / formado para el uso del DESA?

Sí No

2. Es persona ocupada del titular del DESA?
¿Es persona empleada del titular del DESA?

Sí No

G OBSERVACIONS / OBSERVACIONES
H DOCUMENTACIÓ A APORTAR / DOCUMENTACIÓN A APORTAR

Document de registre que proporciona el DESA.
Documento de registro que proporciona el DESA.

Aporta / Aporta

No aporta / No aporta

Enviat per correu electrònic / Enviado por correo electrónico (cicu_cv@gva.es)

I PRESENTACIÓ DE DOCUMENTACIÓ / PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

El present formulari haurà de ser imprès, signat i enviat junt amb el registre que proporciona el DESA a l'adreça de correu electrònic cicu_cv@gva.es
El presente formulario deberá ser impreso, firmado y enviado junto con el registro que proporciona el DESA a la dirección de correo electrónico cicu_cv@gva.es

J DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

El / La titular o representant del DESA declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en aquesta comunicació i la conformitat amb el que estableix la legislació.

El / La solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente comunicación, y su conformidad con lo establecido en la legislación

_____, ____ d _____ de ____

Firma: _____

REGISTRO D'ENTRADA / REGISTRO DE ENTRADA

Les dades de caràcter personal que conté este imprès poden ser incloses en un fitxer que tracta esta conselleria, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, de conformitat amb el que disposa l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14/12/1999).
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por esta Conselleria, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/1999).

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE LA PERSONA TITULAR DEL DESA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DESA**

NOM DE L'EMPRESA O PERSONA / NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA		NIF	
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

B DADES DE L'INCIDENT / DATOS DEL SUCESO

DIA / DÍA: _____ HORA: _____	LOCALITZACIÓ / LOCALIZACIÓN		
	Via pública / Vía pública		Edifici públic / Edificio público
	Transport Públic / Transporte Público		Lloc de treball / Lugar de trabajo
Altres / Otros _____			
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVINCIA / PROVINCIA			

C IDENTIFICACIÓ DE LA PERSONA ATESA / IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ATENDIDA

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		NIF
SIP	SEXE / SEXO:	Dona / Mujer	Home / Hombre	EDAT/ EDAD
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA
NÚM TELÈFONO / Nº DE TELÉFONO		CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

Indicar el sexe i l'edat aproximada en el cas de desconèixer la resta de dades.
Indicar el sexo y la edad aproximada en el caso de desconocer el resto de datos.

**D DADES DE LA PARADA CARDIORESPIRATÒRIA (PCR) I ESTAT DE LA PERSONA ATESA
DATOS DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR) Y ESTADO DE LA PERSONA ATENDIDA**

- | | |
|---|--|
| <p>1. PCR presenciada / PCR presenciada
Sí. Indicar hora de PCR: / Indicar hora de PCR: _____
No. Indicar hora d'arribada junt amb la persona en PCR:
Indicar hora de llegada junto a la persona en PCR: _____</p> <p>2. Inconscient / Inconsciente
Sí
No</p> <p>3. Respira / Respira
Sí
No</p> <p>4. Crida al 112 / Llamada al 112
Sí Hora: _____
No</p> <p>5. El / La pacient es recupera espontàniament
El / La paciente se recupera espontáneamente
Sí Hora: _____
No</p> | <p>6. Temps des de la detecció de la PCR fins l'arribada del DESA:
Tiempo desde la detección de la PCR hasta la llegada del DESA: _____</p> <p>7. ¿Ha realitzat Reanimació Cardio-Pulmonar (RCP) abans de l'ús del DESA?
¿Ha realizado Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) antes del uso del DESA?
Sí
No</p> <p>8. ¿Ha desfibril·lat el DESA? / ¿Ha desfibrilado el DESA?
Sí Quantes vegades? / ¿Cuántas veces? _____
No</p> <p>9. El / La pacient ha respirat espontàniament? / ¿El / La paciente ha respirado espontáneamente?
Sí
No</p> <p>10. El / La pacient ha recuperat la consciència? / ¿El / La paciente ha recuperado la consciencia?
Sí
No</p> |
|---|--|

**E ARRIBADA I ACTUACIÓ DELS SERVICIS D'EMERGÈNCIES
LLEGADA Y ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS**

1. ¿Han arribat els servicis de emergència? / ¿Han llegado los servicios de emergencia?

SI NO HORA: _____

2. S'ha traslladat al / a la pacient a algun centre sanitari? / ¿Se ha trasladado al / a la paciente a algun centro sanitario?

Sí No

**F IDENTIFICACIÓ DE L'INTERVINENT - REANIMADOR
IDENTIFICACIÓN DEL INTERVINIENTE - REANIMADOR**

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NIF

SEXE/SEXO

Dona / Mujer

Home / Hombre

EDAT/EDAD

ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NUMERO I PORTA)
DIRECCIÓ (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVINCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO
ELECTRÓNICO

1. És personal autoritzat / format per l'ús del DESA?

¿Es personal autorizado / formado para el uso del DESA?

Sí No

2. Es persona ocupada del titular del DESA?

¿Es persona empleada del titular del DESA?

Sí No

G OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

H DOCUMENTACIÓ A APORTAR / DOCUMENTACIÓN A APORTAR

Document de registre que proporciona el DESA.
Documento de registro que proporciona el DESA.

Aporta / Aporta

No aporta / No aporta

Enviat per correu electrònic / Enviado por correo electrónico (cicu_cv@gva.es)

I PRESENTACIÓ DE DOCUMENTACIÓ / PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

El present formulari haurà de ser imprès, signat i enviat junt amb el registre que proporciona el DESA a l'adreça de correu electrònic cicu_cv@gva.es
El presente formulario deberá ser impreso, firmado y enviado junto con el registro que proporciona el DESA a la dirección de correo electrónico cicu_cv@gva.es

J DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

El / La titular o representant del DESA declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en aquesta comunicació i la conformitat amb el que estableix la legislació.

El / La solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente comunicación, y su conformidad con lo establecido en la legislación

_____, ____ d _____ de ____

Firma: _____

REGISTRO D'ENTRADA / REGISTRO DE ENTRADA

Les dades de caràcter personal que conté este imprès poden ser incloses en un fitxer que tracta esta conselleria, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, de conformitat amb el que disposa l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14/12/1999).
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por esta Conselleria, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/1999).

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE