

| | |
|--|-------------------------------|
| Servicios y Equipos TOPO S.A. de C.V. | |
| Departamento de Recursos Humanos | NOM-SGI-035-REV00 |
| Cumplimiento Normativo NOM-035-STPS-2018 | Fecha de Emisión: 13-Dec-2023 |

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------|
| Nombre del aplicante: | Márquez Carrillo Emmanuel | No. De Empleado: | 893 |
| Puesto: | Planeador de Mantenimiento | Fecha de Ingreso: | 13-Dec-2023 |
| Departamento: | Recursos Humanos | Fecha de Aplicación: | 13-Dec-2023 |

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR A LOS TRABAJADORES QUE FUERON SUJETOS A ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS SEVEROS

| Sección / Pregunta | Respuesta | |
|--|-----------|----------|
| | Si | No |
| I.- Acontecimiento traumático severo | | |
| ¿Ha presenciado o sufrido alguna vez, durante o con motivo del trabajo un acontecimiento como los siguientes: ¿Accidente que tenga como consecuencia la muerte, la pérdida de un miembro o una lesión grave? ¿Asaltos? ¿Actos violentos que derivaron en lesiones ¿Graves? ¿Secuestro? ¿Amenazas?, o ¿Cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas? | | X |
| II.- Recuerdos persistentes sobre el acontecimiento (durante el último mes): | | |
| ¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares? | | X |
| ¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar? | | X |
| III.- Esfuerzo por evitar circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento (durante el último mes): | | |
| ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento? | | X |
| ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento? | | X |
| ¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento? | | X |
| ¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas? | | X |
| ¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás? | | X |
| ¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos? | | X |
| ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar, que va a morir antes que otras personas o que tiene un futuro limitado? | | X |
| IV Afectación (durante el último mes): | | |
| ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? | | X |
| ¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje? | | X |
| ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? | | X |
| ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? | | X |
| ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? | | X |