

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: 07-Dec-2023

Nombre del aplicante:	Bermejo Martínez Arisbeth	No. De Empleado:	655
Puesto:	Superintendente ACSMA ySGI	Fecha de Ingreso:	07-Dec-2023
Departamento:	Recursos Humanos	Fecha de Aplicacion:	07-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?	<input checked="" type="checkbox"/>	
II.- Recuerdos persistentes sobre el acontecimiento (durante el último mes):		
¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar?	<input checked="" type="checkbox"/>	
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿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?	<input checked="" type="checkbox"/>	
IV Afectación (durante el último mes):		
¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	<input checked="" type="checkbox"/>	