

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: 15-Dec-2023

Nombre del aplicante:	<b>Caraveo Chavero Jonathan Paul</b>	No. De Empleado:	<b>917</b>
Puesto:	<b>Operador de Elevador y Locomotora</b>	Fecha de Ingreso:	15-Dec-2023
Departamento:	<b>Recursos Humanos</b>	Fecha de Aplicación:	15-Dec-2023

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

Sección / Pregunta	Respuesta	
	Si	No
<b>I.- Acontecimiento traumático severo</b>		
¿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?	<b>X</b>	
<b>II.- Recuerdos persistentes sobre el acontecimiento (durante el último mes):</b>		
¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?		<b>X</b>
¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar?		<b>X</b>
<b>III.- Esfuerzo por evitar circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento (durante el último mes):</b>		
¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento?		<b>X</b>
¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?		<b>X</b>
¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?		<b>X</b>
¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?		<b>X</b>
¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?		<b>X</b>
¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?		<b>X</b>
¿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?		<b>X</b>
<b>IV Afectación (durante el último mes):</b>		
¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	<b>X</b>	
¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje?		<b>X</b>
¿Ha tenido dificultad para concentrarse?		<b>X</b>
¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?		<b>X</b>
¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?		<b>X</b>