



ID DEL EVALUADO:	VENT003
NOMBRE DEL EVALUADO:	Fernando Martínez Campos
NOMBRE DE EMPRESA:	TECNO PRODUCTOS GAB
NOMBRE DE PROYECTO:	PROYECTO NOM 035 TECNO PRODUCTOS GAB
FECHA DE EVALUACIÓN:	12/6/2019
GRUPO:	VENTAS TECNOGAB
SUBGRUPO:	

El trabajador requiere una valoración por parte de un psicólogo, psiquiatra o médico.



¿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	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asaltos	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Actos violentos que derivaron en lesiones graves	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Secuestro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Amenazas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a a cortar, que va a morir antes que otras personas o que tiene un futuro limitado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No