



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	Si	No
Asaltos	Si	No
Actos violentos que derivaron en lesiones graves	Si	No
Secuestro	Si	No
Amenazas	Si	No
Cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas	Si	No

¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?	Si	No
¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar?	Si	No

¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento?	Si	No
¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?	Si	No
¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?	Si	No
¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?	Si	No
¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?	Si	No
¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?	Si	No
¿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?	Si	No

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