

Atención a:
Empresa de Pruebas
Comité de Bienestar Laboral

Yo "Cesar Cruz Contreras", por medio del presente escrito reportado el día 08/11/2021 expreso que ha sufrido o presenciado un accidente que tuvo como consecuencia la pérdida de un miembro o una lesión grave durante o con motivo del trabajo en la empresa Empresa de Pruebas. A continuación, describo los detalles del suceso **"dsadd"**

Derivado del acontecimiento informo que:

Personas involucradas: 1

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno (opcional)	Empleado
fasdfds	adsfsdaf	asdfdasf	si

- Sí** he tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que me provocan malestares físicos y/o psicológicos.
- Sí** he tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- Sí** me he esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que me puedan recordar el acontecimiento.
- Sí** me he esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento.
- Sí** he tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento.
- Sí** he disminuido interés en mis actividades cotidianas.
- Sí** me he sentido alejado o distante de los demás.
- Sí** he notado que tengo dificultad para expresar mis sentimientos.
- Sí** he tenido la impresión de mi vida se va a acortar, que voy a morir antes que otras personas o que tengo un futuro limitado.
- Sí** he tenido dificultad para dormir.
- Sí** he estado particularmente irritable o me han dado arranques de coraje.
- Sí** he tenido dificultad para concentrarme.
- Sí** he estado nervioso o constantemente en alerta.
- Sí** me he sobresaltado fácilmente por cualquier cosa.

Lo anterior lo informo bajo protesta de decir verdad y en cumplimiento de mi obligación establecida en la NOM-035-STPS-2018.

Atentamente
Cesar Cruz Contreras
ccruzcontreras@sistemascontinuo.com.mx
2291030003