

**Acontecimiento Traumático:**Accidente que tenga como consecuencia la pérdida de un miembro o una lesión grave durante o con motivo del trabajo.

**Ocurrido con fecha:** 2021-09-24

**Fecha del reporte:**24/09/2021

---

## Comité de Bienestar Laboral

Yo "Cesar Cruz Contreras", por medio del presente escrito informo el acontecimiento sucedido.

**Descripción:** prueba

¿He tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que provocan malestares?

No

¿He tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar?

No

¿Me he esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que me puedan recordar el acontecimiento?

No

¿Me he esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?

No

¿He tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?";

No

¿He disminuido interés en actividades cotidianas?

No

¿Me he sentido alejado o distante de los demás?

No

¿He notado que tengo dificultad para expresar mis sentimientos?

No

¿He tenido la impresión de que mi vida se va a acortar, que voy a morir antes que otras personas o que tengo un futuro limitado?

No

¿He tenido dificultades para dormir?

No

¿He estado particularmente irritable o me han dado arranques de coraje?

No

¿He tenido dificultad para concentrarme?

No

¿He estado nervioso o constantemente en alerta?

No

¿Me he sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?

No

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@sistemascontino.com.mx

2291030003