

### CUESTIONARIO AUDIOMETRICO

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Genero:  M  F

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la Compania \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Que tipo de proteccion para el oido usa?  Tapones de Espuma  Tapones de Goma Dura  Ninguno

¿Ha tenido algo de lo siguiente?

Lesion seria en la Cabeza  Sí  No

Sarampion  Sí  No

Paperas  Sí  No

Diabetes  Sí  No

Cancer  Sí  No

Infecciones Cronicas  
en los Oidos  Sí  No

Derrame en los Oidos  Sí  No

Ruptura de Timpano  Sí  No

Operacion en el Oido  Sí  No

Problemas de Sinucitis  Sí  No

Perdida del oido  Sí  No

Exposicion a ruido en el  
Lugar anterior de trabajo  Sí  No

¿Usa aparato para oir?  Sí  No

¿Es usted cazador/tirador?  Sí  No

¿Tiene algun pasatiempo Ruidoso?

Cheque abajo:

Motociclismo

Trabajo con Madera

Carreras de Carros

Vuelo de Aviones

Otro \_\_\_\_\_

Si, Si Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Donde? \_\_\_\_\_ Anos de Exposicion? \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO AUDIOMETRICO

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Genero:  M  F

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la Compania \_\_\_\_\_ Dept. \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Que tipo de proteccion para el oido usa?  Tapones de Espuma  Tapones de Goma Dura  Ninguno

¿Ha tenido algo de lo siguiente?

Lesion seria en la Cabeza  Sí  No

Sarampion  Sí  No

Paperas  Sí  No

Diabetes  Sí  No

Cancer  Sí  No

Infecciones Cronicas  
en los Oidos  Sí  No

Derrame en los Oidos  Sí  No

Ruptura de Timpano  Sí  No

Operacion en el Oido  Sí  No

Problemas de Sinucitis  Sí  No

Perdida del oido  Sí  No

Exposicion a ruido en el  
Lugar anterior de trabajo  Sí  No

¿Usa aparato para oir?  Sí  No

¿Es usted cazador/tirador?  Sí  No

¿Tiene algun pasatiempo Ruidoso?

Cheque abajo:

Motociclismo

Trabajo con Madera

Carreras de Carros

Vuelo de Aviones

Otro \_\_\_\_\_

Si, Si Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Donde? \_\_\_\_\_ Anos de Exposicion? \_\_\_\_\_