



Cuestionario de audiometría

Solo los últimos 4

Nombre: _____ SS# _____ Nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Título del trabajo: _____

¿Cuándo fue la última vez que estuvo expuesto al ruido y requirió protección auditiva?

Más de 14 horas

Menos de 14 horas

Salud general

Enfermedad grave Sí No Si su respuesta es sí, por favor describe: _____

¿Lesión en la cabeza? Sí No

pérdida del conocimiento? Sí No

¿Historia de problemas con alergias? Si No

¿Síntomas de resfriado/gripe en las últimas 2 semanas? Si No

Medicamentos tomados en el último mes: _____

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

Sarampión Si No Paperas Si No

Escarlatina Si No Meningitis Si No

Presión alta Si No Diabetes Si No

Síntomas auditivos y auditivos

¿tiene alguna historia de pérdida auditiva? Yes No

¿relacionado con el trabajo or relacionado con el ejército?

¿Tiene algún familiar que haya tenido pérdida auditiva antes de los 50 años? Yes No

¿Infecciones de oído repetidas en el pasado Yes No

¿Le han operado del oído antes? Yes No

¿Tiene mareos frecuentes o graves Yes No

Tiene zumbido en los oídos? Izquierda Derecha Both None

¿Tímpano perforado? Izquierda Derecha Both None

¿Tiene dolor de oído en este momento? Izquierda Derecha Both None

¿Usas audífonos? Izquierda Derecha Both None

Exposición al ruido en el lugar de trabajo

¿Trabaja en un ambiente ruidoso? S No

Describir la localización: _____

¿Su exposición es continua? S No

¿O su exposición es intermitente? S No

¿Usa alguno de los siguientes dispositivos?

Tapones para los oídos Orejeras de seguridad

Cualquier otro dispositivo Si su respuesta es sí, por favor describe: _____

En el trabajo llevo protección: Todo el rato A veces Ocasionalmente

Ambiente no laboral

| | | |
|---|-----|----|
| ¿Servicio militar? | Yes | No |
| ¿Escuchas música a todo volumen o tocas en una banda? | Yes | No |
| ¿Disparas o has disparado armas de fuego? | Yes | No |
| ¿Buceas? | Yes | No |
| ¿Pilotar un avión o conducir un coche de carreras? | Yes | No |
| Tienes pasatiempos ruidosos (motocicletas o herramientas eléctricas)? | Yes | No |
| ¿Utilizas equipos agrícolas o de construcción? | Yes | No |
| ¿Ha trabajado en un trabajo ruidoso antes de su trabajo actual? | Yes | No |
| ¿Usaste tapones para los oídos u otros dispositivos? | Yes | No |
| ¿Tienes un segundo trabajo que es ruidoso? | Yes | No |

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Clinician Review: _____

Date: _____

Comments:
