



Cuestionario de audiometría

RECURSOS DE SALUD OCUPACIONAL DE LABWORX

Este formulario recopila antecedentes relevantes para la prueba auditiva ocupacional. No constituye un diagnóstico médico. Complete todas las secciones y comente cualquier duda con el técnico o profesional clínico.

Nombre	Identificación del empleado / últimos 4 del SSN	Fecha de nacimiento	Edad
Fecha	Puesto	Empleador	

¿Cuándo fue su última exposición a ruido que requería protección auditiva?

☐ Hace más de 14 horas ☐ Hace menos de 14 horas

Salud general

¿Enfermedad grave? ☐ Sí ☐ No

¿Lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento? ☐ Sí ☐ No

¿Antecedentes de problemas de alergias? ☐ Sí ☐ No

¿Síntomas de resfriado o gripe en las últimas 2 semanas? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, describa

Medicamentos tomados durante el último mes

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Sarampión ☐ Sí ☐ No	Paperas ☐ Sí ☐ No	Escarlatina ☐ Sí ☐ No
Meningitis ☐ Sí ☐ No	Presión arterial alta ☐ Sí ☐ No	Diabetes ☐ Sí ☐ No



Antecedentes y síntomas auditivos

- ¿Tiene antecedentes de pérdida auditiva? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está relacionada con el trabajo o con el servicio militar? ☐ Sí ☐ No
- ¿Algún familiar tuvo pérdida auditiva antes de los 50 años? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha tenido infecciones de oído repetidas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha tenido una operación del oído? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene mareos frecuentes o intensos? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene zumbido en los oídos? ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐
Ambos ☐ Ninguno
- ¿Ha tenido un tímpano perforado? ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐
Ambos ☐ Ninguno
- ¿Tiene dolor de oído actualmente? ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐
Ambos ☐ Ninguno
- ¿Usa audífono(s)? ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐
Ambos ☐ Ninguno



Exposición actual al ruido en el trabajo

¿Trabaja en un ambiente ruidoso? ☐ Sí ☐ No

¿La exposición es continua? ☐ Sí ☐ No

¿La exposición es intermitente? ☐ Sí ☐ No

Lugar y fuentes de ruido

¿Qué protección auditiva usa? ☐ Tapones ☐ Orejeras ☐ Otro

Otro dispositivo / descripción

En el trabajo uso protección: ☐ Todo el tiempo ☐ A veces ☐ Ocasionalmente

Exposición al ruido fuera del trabajo

¿Servicio militar? ☐ Sí ☐ No

¿Escucha música a alto volumen o toca en una banda? ☐ Sí ☐ No

¿Dispara o ha disparado armas de fuego? ☐ Sí ☐ No

¿Practica buceo? ☐ Sí ☐ No

¿Pilota aeronaves o conduce vehículos de carreras? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene pasatiempos ruidosos, como motocicletas o herramientas eléctricas? ☐ Sí ☐ No

¿Usa maquinaria agrícola o de construcción? ☐ Sí ☐ No

¿Trabajó anteriormente en un empleo ruidoso? ☐ Sí ☐ No

¿Usó tapones, orejeras u otra protección auditiva? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un segundo empleo con exposición al ruido? ☐ Sí ☐ No



Historial laboral

Empleador	Años de empleo	¿Exposición al ruido?	¿Protección usada?
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Firma del empleado

Fecha

Revisión del profesional clínico

Fecha

Comentarios
