

Office Use Only
Audiometer #
Otosopic
Right Ear
Left Ear
Normal
Abnormal

USE LETRA IMPRESA

NOMBRE DE COMPAÑIA
Planta

De Empleado
Apellido
Nombre
Inicial
Esta obligado a estar en este programa?
Seguro Social 4 ultimo numeros
Sexo

1. Departamento
2. Turno: (1,2,3...A, B, C...)
3. Ocupacion

4. Fecha de Nacimiento:
Mes Dia Año
Edad
Fecha que inició presente empleo:
Mes Dia Año

5. ¿Ha tenido un examen del oído en este trabajo?

6. ¿Ha tenido un examen de oído en otro trabajo anteriormente?

¿Cuál Compañía?
Ciudad
Estado

7. ¿Cuántos años ha trabajado en lugares con ruido, incluyendo este trabajo, anteriormente o servicio militar?

8. ¿Cómo clasifica su sentido del oído?
Oído derecho:
Oído izquierdo:

9. Uso de protectores:
Clase de protector:

FOR OFFICE USE ONLY
SR#
CAL. DATE
Audiometric Thresholds
Left Ear Right Ear
500
1000
2000
3000
4000
6000
8000
Technician Signature
Certification #

EN EL AÑO PASADOS HA TENIDO...
10. Dolor de oído
11. Escurrimiento de oído
12. Mareos, pérdida de balance
13. Sonido dentro de oído
14. Pérdida del oír
15. Pérdida Fluctuante
16. Congestionamiento
17. Problema con la protection de los oidos.

18. Reciente prescripción de medicinas
19. Alta presión de sangre
20. Avisto al doctor para los oídos
21. Cirugía de oído
22. A Estado Inconsciente
23. Usa aparato para oír
24. Paperas
25. Fiebre caliente
26. Sarampión
27. Meningitis
28. Diabetes
29. Infección de riñones
30. Cerilla visible
31. Alergias
32. Pérdida de oír en su familia
33. Expuesto a alto ruido antes del examen
34. No usó protección del oído antes del examen
35. Gripe o catarro (hoy)
36. Servicio Militar
37. ¿Practica actividades ruidosas?
38. ¿Escucha música a alto volumen?
39. ¿Dispara armas?

Certifico que las respuestas que he dado son verdaderas y precisas. Autorizo a Micro Mar a utilizar esta información para iniciar el Programa de Conservación del Oído.

Firma del Empleado
Fecha