

1 June 2018



Primero Nombre	Inicial	Apellido	Ultimo cuarto numero de seguro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la Campania	Numero de Empleado		Numero de Edificio
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Titulo de Trabajo	Fecha de Empleo	Sexo	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Mes Año		Fecha de Nacimiento
			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
			Mes Dia Año
Supervisor	Numero de telefono de trabajo		
<input type="text"/>	<input type="text"/> Ext <input type="text"/>		

Caso Historio De Audiometria

Favor de contestar las siguientes preguntas (Marque su respuesta)

Cirugia del oido	No	D	I	Supuracion	No	D	I	Mareos	No	Si	Meningitis	No	Si
Aparato para oir	No	D	I	Sumbido	No	D	I	Viruela	No	Si	Diabetes	No	Si
Tambor ruptura	No	D	I	Dolor de oido	No	D	I	Paperas	No	Si	Alergias Y Sinusitis	No	Si
Demaciada cerilla	No	D	I	Infeccion del oido	No	D	I	Sarampion	No	Si	Problemas de rinones	No	Si
Sordera	No	D	I	Golpe de cabeza	No	D	I	Medicinas	No	Si	explosión o exposición	No	Si

Cuantas horas desde su ultima explosion al ruido?		horas
Su poder de oir cambia seguido?	Si	No
Tiene problemas de entender conversaciones?	Si	No
Es dificil de entender al television o el telefono?	Si	No
Es dificil de entender conversaciones en lugares ruidoso?	Si	No
Estuvo en el serviso militar?	Si	No
Tiene usted catarro o delor del oido?	Si	No
La lista abajo comentarios y medicamentos		

Ha consultado un doctor para los oidos?	Si	No
Estuvo en hospital por golpe de cabeza?	Si	No
He trabajado en lugares ruidosos antes que este trabajo?	Si	No
Uso proteccion de los oidos en lotro trabajo?	Si	No
Ha tenido entrenamiento del ruido durante el ano?	Si	No
Hay avisos de peligro por el ruido en su area de trabajo?	Si	No
Tiene usted gustos ruidosos?	Si	No
Trabaja con los solventes (toluene, xylene, styrene)?	Si	No
Usa proteccion de los oidos en su trabajo?	Si	No
Cual proteccion usa?		
Tapones	Orejones	Plogues
Caul proceinto usa su proteccion?		
25%	50%	75%
100%		

Despara armas	
Artilleria	<input type="checkbox"/>
Agricultura	<input type="checkbox"/>

Herramientas	
Barco de motor	<input type="checkbox"/>
Cazar	<input type="checkbox"/>

Motores	
Cortacepe	<input type="checkbox"/>
Aviones	<input type="checkbox"/>

Auto de nieve	
Musica fuerte	<input type="checkbox"/>
Ogriphonos	<input type="checkbox"/>

Serrucho de cadena	
Autos de Carrera	<input type="checkbox"/>
Motos	<input type="checkbox"/>

Comentarios: _____

Otoscopic Examination

Indicate only one observation for each ear.

	Ear Canals Clear	Excessive Cerumen	Totally Occluded	Appeared Inflamed	Suspect Perforation	Foreign Body	Could Not Visualize	Did Not Examine
Right	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Left	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee's Name: _____ SSN or EID: _____ Date: _____

Audiogram

Baseline
 Annual
 Retest
 Exit
 OSHA
 MSHA
 FRA
 Other

Noise Exposure Level: dB(A)

Audiometer Serial Number:

Audiometer Calibration:
Month Day Year

Test Environment Certification:
Month Day Year

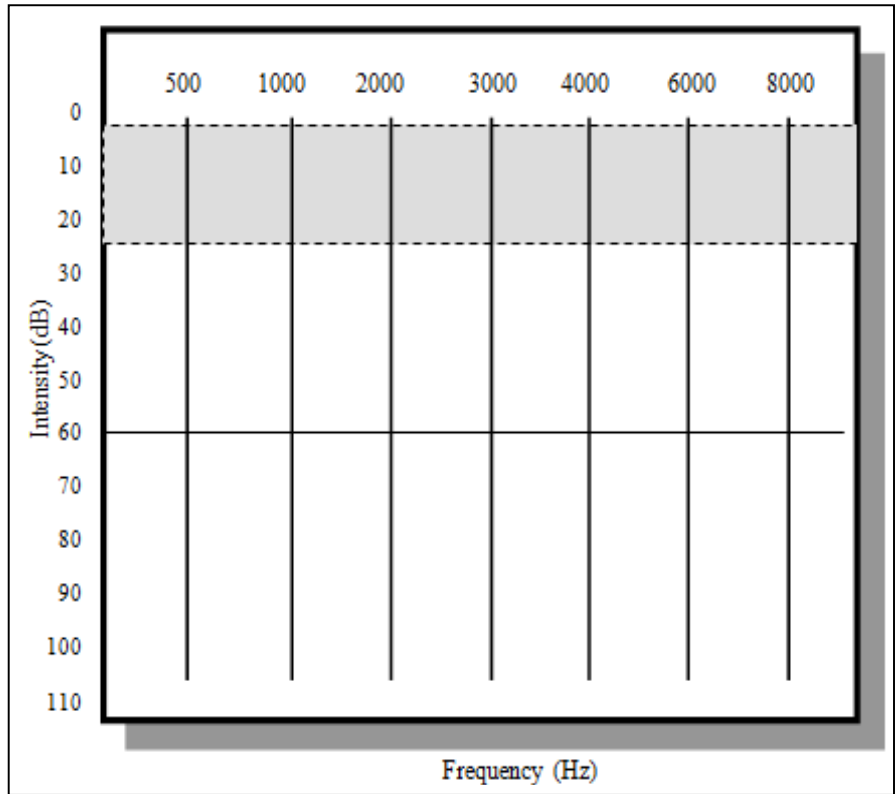
Baseline Left:
Month Day Year

Baseline Right:
Month Day Year

	.5K	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Right							
Left							

Key

Right	Red	O
Left	Blue	X



Staple
Microprocessor
Results Here

I have been counseled about my exam results and agree to permit release of the hearing test results to my employer.

Patient's Signature: _____ Date: _____

Examiner's Signature: _____ Date: _____ CAOHC No: _____

(800) 357-5759

13071 Adobe Walls Drive • Helotes, Texas, 78023-5112 • (210) 695-4707 • Fax (210) 695-4705
 E-mail: info@precision-hearing.com • Web site: www.precision-hearing.com