

Formulario De Historial Para La Audicion

Nombre _____

Empleador/ Compañía _____

Número de tarjeta de Kaiser _____

Fecha de hoy _____ Fecha original de el Formulario de Historial _____

A. **¿Alguna vez ha tenido?** Si No

1. ¿Un exámen de audición ordenado por su patrón?
2. ¿Cirugía de el oido o infección severa?
3. ¿Hay algún familiar cercano con pérdida de audición?
4. ¿Mareos severos?

B. **¿Alguna vez has sido expuesto a ruidos fuertes?**

1. ¿En un trabajo anterior?
2. ¿O en su empleo actual?
3. ¿En las fuerzas armadas?
4. ¿Otros (pistolas, cierras, motocicletas, cortacésped o cortapasto autos de nieve?)
5. ¿Ha usado protección de los oidos en su trabajo previo?

C. **¿Tiene usted ahora?**

1. ¿Le drena / fluye el oido o tiene dolor?
Oido derecho Oido izquierdo Ambos
2. ¿Tiene el tímpano del oido perforado?
Oido derecho Oido izquierdo Ambos
3. ¿Sumbido en el oido?
Oido derecho Oido izquierdo Ambos
4. **¿Tiene perdida de audición?**
Si responde si, ¿cómo empezó?
No sé Desde la niñez Gradual Repentino
Oido derecho Oido izquierdo Ambos
5. ¿Gripe, Sinusitis, o síntomas de alergias?

D. **¿Usa usted protección del oido en el trabajo?****Si responde si, ¿Qué tipo?** _____
_____ (días/horas)E. **¿Cómo persive su habilidad de oír o escuchar?** Bueno más o menos o malF. **¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que se expuso al ruido?:** _____ (horas/días)

Firma _____ Fecha _____

(Audiograma adjunto/Attach Audiogram)