

Audiogram Questionnaire

Have you ever had? (Le hacen tener alguna vez?)

Date Diagnosed:

- | | | | | | |
|-----|---|---|-----------------------------|------------------------------------|-------|
| 1. | Y | N | Mumps | (paperas) | _____ |
| 2. | Y | N | Measles | (sustantivo) | _____ |
| 3. | Y | N | Diabetes | (diabetes) | _____ |
| 4. | Y | N | High Fever | (Fiebre alta) | _____ |
| 5. | Y | N | Meningitis | (meningitis) | _____ |
| 6. | Y | N | High blood pressure | (Presión arterial alta) | _____ |
| 7. | Y | N | Allergies | (alergia) | _____ |
| 8. | Y | N | Ear infection | (Infección del oído) | _____ |
| 9. | Y | N | Perforation of the ear drum | (Perforación del timpani) | _____ |
| 10. | Y | N | Drainage from the ear | (Drenaje del oído) | _____ |
| 11. | Y | N | Ringing in ears | (Pitido en los oídos) | _____ |
| 12. | Y | N | Dizziness | (mareo) | _____ |
| 13. | Y | N | Severe head injury | (Una grave lesión en la cabeza) | _____ |
| 14. | Y | N | Arthritis | (artritis) | _____ |
| 15. | Y | N | Recent sinus problems | (Problemas del seno recientes) | _____ |
| 16. | Y | N | Diagnosed hearing loss | (Diagnóstico de sordera parcial) | _____ |
| 17. | Y | N | Hearing loss in family | (Pérdida de la audición en familia | _____ |
| | | | Before age 50 | Antes de la edad de 50 años) | _____ |
| 18. | Y | N | Wear a hearing aid | (Usa un audífono) | _____ |

Have you ever been exposed to: (¿Alguna vez ha estado expuesto a)

- | | | | | | |
|----|---|---|----------------------|-------------------------------------|-------|
| 1. | Y | N | Loud music | (Música a alto volume) | |
| 2. | Y | N | Power tools | (Herramientas eléctricas) | |
| 3. | Y | N | Motorcycles | (motocicleta) | |
| 4. | Y | N | Gun Fire | (Fuego de arma) | |
| 5. | Y | N | Military service | (Servicio military) | |
| | | | If yes, what branch? | (Si la respuesta es sí, ¿qué rama?) | _____ |

Occupational History (Historia ocupacional)

- | | | | | |
|----|---|---|---|--|
| 1. | Y | N | Use hearing protection (Utilizar protección auditiva) | |
| | | | Plugs _____ or Muffs _____ | |
| | | | (tapones u orejeras) | |
| 2. | Y | N | Exposed to noise within the last 14 hours? | |
| | | | (¿Expuestos al ruido en las últimas horas 14?) | |

Employee's Signature (Employee completo Signature)

Date (fecha)