

Audiogram Questionnaire

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

Date Diagnosed:

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

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

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

Occupational History (Historia ocupacional)

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

Employee's Signature (Employee completo Signature)

Date (fecha)