

ESTUDIO FUNCIONAL DE LA AUDICIÓN

Fecha: ____/____/____

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social: Seguros Campana

DATOS DE LA TRABAJADOR

Apellido y nombre: Miguel Sanchez

CUIL-DNI: 22-1235171-11

Puesto de trabajo: _____

Audiómetro utilizado: _____

Fecha Nacimiento: 12/05/1976

Ambiente: _____

Antigüedad en la Empresa: _____

ANTECEDENTES

En su familia hay hipoacusicos: SI ☐ NO ☐ ¿Quién?: _____

Nota disminución en la audición: SI ☐ NO ☐ ¿Desde cuándo?: _____

Usa protectores auditivos: SI ☐ NO ☐

Se los provee la empresa: SI ☐ NO ☐

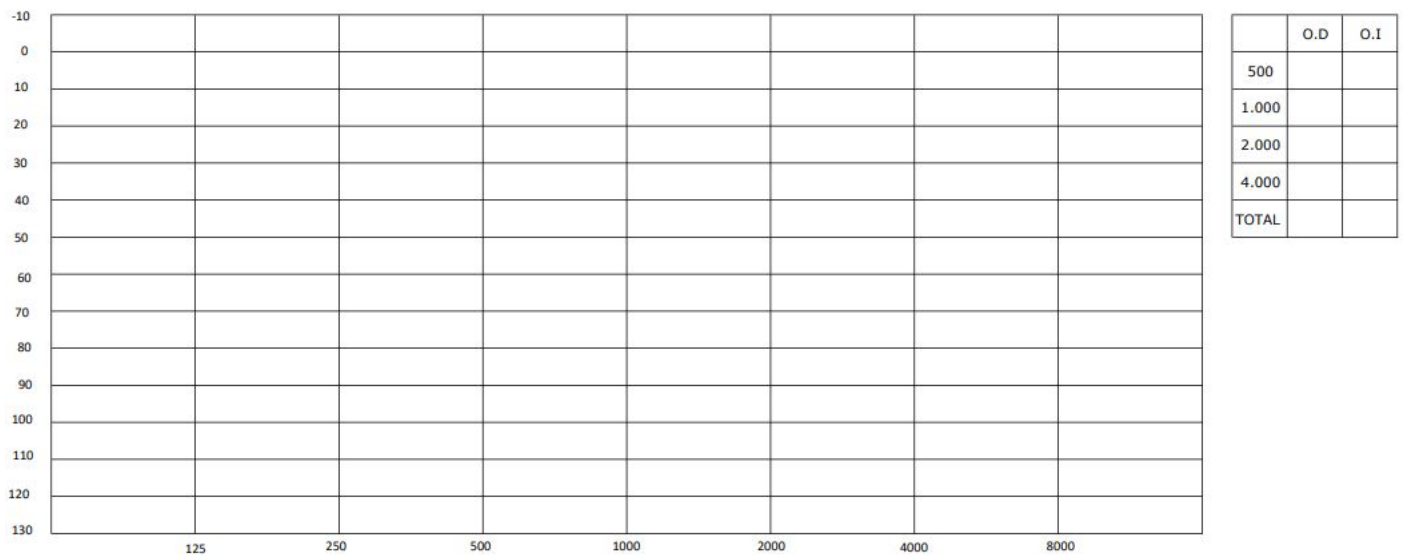
Trabajo con ruido anteriormente: SI ☐ NO ☐

¿Tiene acufenos?: SI ☐ NO ☐

¿En que oído?: Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos ☐

No permanente ☐ Permanente ☐

AUDIOGRAMA



CONCLUSIÓN