

Fecha: _____/_____/_____

Razón Social: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

CUIL - DNI: _____

Ambiente: _____

Puesto de Trabajo: _____

Antigüedad en la Empresa: _____

Audiómetro Utilizado: _____

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|
| En su familia hay hipoacusicos: | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NO | ¿Quien? _____ |
| Nota disminución en la audición: | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NO | ¿Desde cuando? _____ |
| Usa protectores auditivos: | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NO | |
| Se los provee la empresa: | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NO | |
| Trabajo con ruido anteriormente | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NO | |
| ¿Tiene acufenos? | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NO | |
| ¿En que oído? | Derecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Izquierdo | Ambos <input type="checkbox"/> |
| | Permanentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No permanentes | |

| | | | |
|-------|--|-----|-----|
| | | O.D | O.I |
| 500 | | | |
| 1.000 | | | |
| 2.000 | | | |
| 4.000 | | | |
| TOTAL | | | |

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO EXAMINADOR