



PPR-148.3

HISTORIAL DE AUDICIÓN

Nombre Legal		Nombre Preferido	
Fecha: (dd/mm/aaaa)	Género	Edad	
Ultimo (4) Seguro Social			
1. ¿Tiene usted alguna dificultad en la audición?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha recibido algún golpe en la cabeza?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Ha supurado usted por los oídos?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha padecido o padece de zumbidos o ruidos en los oídos?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha sufrido perforación en los oídos?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ha sufrido desbalance, mareos o vértigos?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento para los oídos?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Explique:			
8. ¿Está o estuvo usted activo en cualesquiera de las ramas de la Fuerzas Armadas?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Posición y rango _____			
9. ¿Participa usted en alguna de las siguientes actividades?			
<input type="checkbox"/> Buzo		<input type="checkbox"/> Carpintería	<input type="checkbox"/> Tiro al Blanco
<input type="checkbox"/> Otros _____		<input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Discoteca
<input type="checkbox"/> DJ			
FRECUENCIA	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO	COMENTARIOS
500 Hz			
750 Hz			
1,000 Hz			
1,500 Hz			
2,000 Hz			
3,000 Hz			
4,000 Hz			
6,000 Hz			
8,000 Hz			
Fecha de Calibración		Firma del Técnico	