CENTER FOR HEARING HEALTH **TOLL FREE** **800-228-6067** **AUDIOGRAM TRACKING FORM**

Nombre (appellido)_____(primir) _____Sexo _____Fecha de Nacimiento_____

Nombre de Compania _____Ciudad _____ Titula_____

Dept. _____ Noise Level (TWA) _____ Co. Emp. # _____ Primer dia de empleo_____ Turno_____

PREGUNDAS GENERAL (“S” = Si; “N” for No)	Test #1	Test #2	Test #3	Test #4	Test #5	Test #6	Test #7	Test #8
Utilizas la proteccion del oido?								
Fuiste expuesto(a) a ruido fuerte sin protectors en las ultimas 14 horas?								
Has tenido catarro o problema del sino las ultimas 24 horas?								
Has visitado un medico acerca tu audencia en el año pasado?								
PREGUNDAS DE HISTORIA	S or N	S or N	S or N	S or N	S or N	S or N	S or N	S or N
Has perdido el oido?								
Tienes algun pariente con perdida de el oido?								
Has tenido mareos o problemas de el equilibrio?								
Tienes zumbido en los oidos ahora?								
Has estado expuesto a disparo de armas?								
Tomas medicinas recetadas?								
Estuviste en el servicio militar?								
Te han hecho la prueba de los oidos?								
Has trabajado expuesto al ruido fuerte?								
Tienes cerumen excesivo en los oidos?								
Te duelen o te agotean los oidos?								
Has tenido pasatiempos ruidosos?								
Has sufrido herida grave en la cabeza?								
TEST INFORMATION *(Area for CHH Use Only)*	Test #1	Test #2	Test #3	Test #4	Test #5	Test #6	Test #7	Test #8
Otoscopic Screening (N=Normal B=Blockage P=Partial Block U=Unknown) RE/LE	/	/	/	/	/	/	/	/
Booth/Station #								
Test Date Month								
Day								
Year								

TEST DATE	TEST TIME	SERIAL # Calib.Date	Right .5k	Right 1k/rt1k	Right 2k	Right 3k	Right 4k	Right 6k	Right 8k	Left .5k	Left 1k	Left 2k	Left 3k	Left 4k	Left 6k	Left 8k	Tester Name or CAOHC #