

NAME/ Nombre (first/ primir) _____ (last/ apellido) _____ Emp. # _____ Gender/Sexo _____

Shift/ Turno _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____ Date of Hire/ Primer dia de empleo _____

Company Name/ Nombre de Compania _____ Plant (City/ Ciudad) _____

Department _____ Job Description/ Titula _____ **Please have the participant complete the following questions. Circle one**

Are you aware of any hearing loss? / *¿Está al tanto de alguna pérdida de audición?* Yes / No

Do you wear hearing protection during off-job noisy activities? / *¿Usa protección auditiva durante actividades ruidosas fuera del trabajo?* Yes / No

Have you had dizziness or balance problems? / *¿Ha tenido mareos o problemas de equilibrio?* Yes / No

Do you have ringing or roaring in your ears? / *¿Actualmente tiene zumbido en los oídos?* Yes / No

Have you had exposure to fire arms? / *¿Ha sido expuesto a disparo de armas?* Yes / No

Do you take prescription drugs? / *¿Toma medicamentos recetados?* Yes / No

Have you been in military service? / *¿Ha estado en el servicio militar?* Yes / No

Have you ever had your hearing tested? / *¿Le han hecho un examen auditivo?* Yes / No

Have you ever worked in noise? / *¿Ha trabajado expuesto a ruido fuerte?* Yes / No

Do you have excessive earwax? / *¿Tiene cerumen excesivo en los oídos?* Yes / No

Do you have earaches or ear drainage? / *¿Le duelen o le gotean los oídos?* Yes / No

Do you have noisy hobbies? / *¿Tiene pasatiempos ruidosos?* Yes / No

Have you had a severe head injury? / *¿Ha sufrido alguna herida grave en la cabeza?* Yes / No

Do you wear hearing protection regularly? / *¿Utiliza protección auditiva regularmente?* Yes / No

Any exposure to loud noise in the past 14 hours without hearing protection? / *¿Ha sido expuesto a ruido fuerte sin protectores en las últimas 14 horas?* Yes / No

Do you presently have a head cold or severe sinus condition? / *¿Actualmente tiene catarro o problemas de sinusitis?* Yes / No

Have you visited a physician for your hearing in the last year? / *¿Ha visitado un médico acerca de su audición en el último año?* Yes / No

Instructions for taking the hearing test: Every time you hear the beeping sound, no matter how soft, immediately and quickly push and release the button. The sounds will start on your right ear and then test your left ear. If you are no longer hearing any sounds please wait for the technician to let you know that each participant has completed their test. **The purpose of this test** is to establish your current hearing condition. Each year you will receive another test to compare to your first test to assure that your hearing is remaining stable. A doctor will review your results and you will be notified if there is anything needing attention. Thank you for your participation!

Instrucciones para tomar su examen audiológico: Cada vez que escuche el sonido, no importa que tan suave, inmediatamente presione y suelte el botón. Los sonidos empezarán en su oído derecho y después se le examinará su oído izquierdo. Si ya no escucha ningún sonido, por favor espere a que el técnico le deje saber que todos los participantes han completado su examen. **El propósito de este examen** es para establecer su condición auditiva actual. Cada año usted recibirá otro examen para compararlo con su primer examen para asegurar que su audición permanece estable. Un médico revisará sus resultados y le avisaremos si hay algo que necesite atención. ¡Gracias por su participación!



2945 Bell Rd., #122, Auburn CA 95603

ph: 530-888-9977 fx:530-888-1177

email: chh@centerforhearinghealth.com

www.CenterforHearingHealth.com