

After completing the following form please forward results to Center for Hearing Health / ph:530-888-9977  
[chh@centerforhearinghealth.com](mailto:chh@centerforhearinghealth.com) or Fax: 530-888-1177 or 2945 Bell Rd., #122, Auburn CA 95603

Clinic Name and City \_\_\_\_\_ Clinic Contact \_\_\_\_\_ Clinic Phone \_\_\_\_\_

Technician performing test and CAOHC # \_\_\_\_\_ **Type of test** (check one) Retest \_\_\_\_\_ Make Up \_\_\_\_\_ New Hire \_\_\_\_\_

Audiometer Serial #: \_\_\_\_\_ Annual Calib. Date: \_\_\_\_\_ Make \_\_\_\_\_ Model \_\_\_\_\_

Test Date \_\_\_\_\_ Company Name \_\_\_\_\_ Company Plant/City \_\_\_\_\_

Test Time \_\_\_\_\_ Employee Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_

OTOSCOPIIC SCREENING (N=appears normal B=appears blocked P=partial blockage U=unknown/not performed) Right Ear \_\_\_\_\_ Left Ear \_\_\_\_\_

<b>Right Ear</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<b>Left Ear</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	1000	500	1000r	2000	3000	4000	6000	8000		500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

**Please have the participant complete the following 17 Yes / No questions. Circle one**

- 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
- 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



**CHH** Center for  
Hearing Health  
HEARING CONSERVATION SERVICES

2945 Bell Rd., #122, Auburn CA 95603  
ph: 530-888-9977 fx:530-888-1177

email: [chh@centerforhearinghealth.com](mailto:chh@centerforhearinghealth.com)

[www.CenterforHearingHealth.com](http://www.CenterforHearingHealth.com)