

Audiometric Evaluation Record
Registro De Evaluation Audiometrica

Name/Nombre: _____

S.S./Numero de S.S.: _____ - _____ - _____

Company/Compania _____

Sex/Sexo: M F Age/Edad: _____

YES(SI) / NO(NO)

RESULTS - (tape here)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Family history of hearing loss?
Algun familiar ha tenido perdida de sonido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Difficulty hearing?
Tiene dificultad para oir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| One ear better than the other?
Un oido mejor que el otro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onset of loss gradual or sudden? _____
La perdida fue gradual o repentina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you ever been to an ear specialist?
Ha visitado al especialista de oidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. History of ear infections?
Ha tenido infecciones en los oidos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ear surgery recommended or performed?
Le recomendaron o hicieron cirugia en el oido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. History of ringing or unusual dizziness?
Padece de zumbidos en los oidos o mareos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. History of using excessive antibiotics, quinine, aspirin?
Ha tomado un exceso de antibiotico, aspirina, quinina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. History of head traumas or unconsciousness?
Ha sufrido lesiones en la cabeza o inconsciencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you ever hunted or shot a gun?
Ha practicado la caceria o el tiro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. History of noisy jobs?
Ha desempenado trabajos con mucho ruido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Yrs. Military Services/Anos de Servicio Militar? _____
Branch/Rama: _____ Job/Trabajo: _____ | | |

Patient Signature / Firma De Paciente

- NORMAL** **ABNORMAL**
 BILATERAL HIGH FREQUENCY HEARING LOSS
 RECOMMEND HEARING PROTECTION
 OTHER _____

Comments: _____

Doctor's Signature

Date: _____