



# BUSINESS HEALTH PARTNERS

“Partners with Business & Industry”

## AUDIO HISTORY

NOMBRE \_\_\_\_\_ EMPLEO \_\_\_\_\_

**Tiene o ha tenido cualquier de lo seguido:**

- Ha visto un especialista de oidos
  - Infeccion de oido, frecuente o severo
  - Le timbran o zuban los oidos
  - Problemas con balance o mareos
  - Es pilote o buzo
  - Tiene actividades o aficion rudosas, equipo pesado, sierra de cadena, musica en alta voz, etc.
  - En el pasado, ha tomado medicinas regularmente..
  - Perdida de audicion
  - Drenaje, dolor o presion de los oidos
  - Le han remendado o hecho cirugia de los oidos
  - Cercas de blazos o ruidos altos em el militar
  - Cercas de ruidos altos en las ultimas 14 horas
  - Dificultad en oir
  - Herida de cabeza
  - Usa proteccion de oir
  - Ninguno
- \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo ha trabajado consecutivamente para esta empresa?

COMENTARIOS:

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### (Para la Oficina Utiliza Sólo)

AUDIO OBSERVATION	LEFT EAR		RIGHT EAR	
	Y	N	Y	N

Eardrum visible				
-----------------	--	--	--	--

Comments: \_\_\_\_\_