

PRUEBA INICIAL FICHA DE INSCRIPCIÓN



#				
1	2	3	4	
5	6	7	8	

PARTE QUE DEBE RELLENAR EL PERSONAL DE LA OFICINA:

Nombre de la empresa

Nombre de la empresa

Apellido Nombre inicial

Sexo M / F Fecha de nacimiento / /
MM DD YY

Hora Turno

Dept. Trabajo

Nivel de Expectacion de Ruido

DEBE SER RELLENADO POR EL TECNICO:

NINGUNO / P / M / AMBOS SI / NO

Proteccion 14 horas calladas

PARTE QUE DEBE RELLENAR EL EMPLEADO:

	Si	No	¿Ha estado expuesto a las siguientes fuentes de ruido?	Si	No
¿Pérdida de audición durante el periodo de tres meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motos de nieve/Lanchas/Motocicletas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pérdida de audición durante un periodo de tiempo largo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Herramientas eléctricas/Sierras eléctricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pérdida de audición de manera frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Maquinaria agrícola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cirugía de oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Disparos de caza o tiro al plato o el dispositivo para lanzar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Daños en los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Exposición a musica alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Líquidos en los oídos o infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Aviones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Malformaciones de los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Servicio militar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Zumbidos en los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha consultado alguna vez a un médico por problemas auditivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Paperas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estuvo expuesto a ruidos fuertes en su trabajo anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sarampión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha trabajado hoy en un lugar ruidoso? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha utilizado hoy alguna protección auditiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Heridas en la cabeza por las que estuvo inconsciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ tapones ___ auriculares		
¿Atontamiento/mareos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ninguno ___ ambos		
			¿Tiene ahora mismo un catarro que le afecte a la nariz y a los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certifico que toda la información detallada que he rellenado en el presente escrito es cierta según mi conocimiento.

Firma del empleado _____ Fecha: ____ / ____ / ____

June 2010

PRUEBA INICIAL FICHA DE INSCRIPCIÓN



#				
1	2	3	4	
5	6	7	8	

PARTE QUE DEBE RELLENAR EL PERSONAL DE LA OFICINA:

Nombre de la empresa

Nombre de la empresa

Apellido Nombre inicial

Sexo M / F Fecha de nacimiento / /
MM DD YY

Hora Turno

Dept. Trabajo

Nivel de Expectacion de Ruido

DEBE SER RELLENADO POR EL TECNICO:

NINGUNO / P / M / AMBOS SI / NO

Proteccion 14 horas calladas

PARTE QUE DEBE RELLENAR EL EMPLEADO:

	Si	No	¿Ha estado expuesto a las siguientes fuentes de ruido?	Si	No
¿Pérdida de audición durante el periodo de tres meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motos de nieve/Lanchas/Motocicletas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pérdida de audición durante un periodo de tiempo largo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Herramientas eléctricas/Sierras eléctricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pérdida de audición de manera frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Maquinaria agrícola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cirugía de oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Disparos de caza o tiro al plato o el dispositivo para lanzar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Daños en los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Exposición a musica alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Líquidos en los oídos o infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Aviones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Malformaciones de los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Servicio militar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Zumbidos en los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha consultado alguna vez a un médico por problemas auditivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Paperas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estuvo expuesto a ruidos fuertes en su trabajo anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sarampión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha trabajado hoy en un lugar ruidoso? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha utilizado hoy alguna protección auditiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Heridas en la cabeza por las que estuvo inconsciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ tapones ___ auriculares		
¿Atontamiento/mareos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ninguno ___ ambos		
			¿Tiene ahora mismo un catarro que le afecte a la nariz y a los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certifico que toda la información detallada que he rellenado en el presente escrito es cierta según mi conocimiento.

Firma del empleado _____ Fecha: ____ / ____ / ____

June 2010