

# 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 empleado

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 infeccion? .....	<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 efecte 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 empleado

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 infeccion? .....	<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 efecte 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