TECHNICIANS USE ONLY

STATION _____

(Check one)
- ❑ Baseline
- ❑ Annual
- ❑ STS Retest
- ❑ Other _____

COMPANY _____ **DIVISION** _____

LOCATION _____

PLANT _____

EMPL ID # _____
(Use Company Authorized Identifier)
NÚMERO DE EMPLEADO
(Use el identificador authorizado por la compañía)

***NAME** _____
*NOMBRE
LAST Ultimo FIRST Primero INITIAL Inicial

SEX _____
SEXO

DATE OF BIRTH _____
FECHA DE NACIMIENTO
month / day / year

DATE OF HIRE _____

DEPARTAMENTO
DEPT.

*TRABAJO
***JOB**

	LEFT EAR							RIGHT EAR						
Date and Time	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

Serial # Make Model	*Audiometer Calibration Date	*TESTER Name and Cert. No./ Date

SHIFT	*NOISE LEVEL	HP REQUIRED?

Update Otologic History

CIRCLE ALL THAT APPLY: ALSO PLEASE INDICATE NEXT TO THE APPROPRIATE ITEM, ONE OF THE FOLLOWING: R = RIGHT, L = LEFT B = BOTH, U = UNKNOWN
Haga un círculo en las cosas siguientes que pertencen a Ud. También, indique Ud. al lado de la cosa pertinente, uno de los siguientes: R=Derecha L=Izquierda B=Ambos U=Desconocido

In the last twelve months:
en los últimos doce meses

10 EAR PAIN
dolor de oído

11 DRAINING EAR
oído que desagua

12 DIZZINESS/IMBALANCE
vértigo

13 SEVERE RINGING IN EARS
le zumban los oídos fuertemente

14 SUDDEN HEARING LOSS
pérdida de oído súbito

15 FLUCTUATING LOSS
pérdida de oído fluctuando

16 FULLNESS/DISCOMFORT
llenura/incomodidad

17 HEARING PROTECTION DEVICE PROBLEMS
problemas con el aparato que protege el oído

18 PRESCRIPTION DRUGS
drogas de receta

19 HIGH BLOOD PRESSURE
la presión elevada

In your lifetime:
en toda la vida

20 SEEN MD FOR EARS
ido al médico para los oídos

21 EAR SURGERY
cirugía de los oídos

22 UNCONSCIOUSNESS
falta de conocimiento

23 WEARS HEARING AID
lleva auxilio de oído

24 MUMPS
papera

25 SCARLET FEVER
escarlatina

26 MEASLES
sarampión

27 MENINGITIS
meningitis

28 DIABETES
diabetes

29 KIDNEY DISEASE
en fermedad de los riñones

Miscellaneous:
miscelaneo

31 ALLERGIES
alergias

33 HIGH NOISE PRIOR TO HEARING TEST
ruido fuerte antes de la examinació del oído

34 NO HEARING PROTECTION PRIOR TO HEARING TEST
ninguna protección de los oídos antes de la examinación del oído

35 HEAD COLD TODAY
res friado hoy

36 MILITARY SERVICE
servicio militar

37 NOISY HOBBIES
pasatiempos ruidosos

38 LOUD MUSIC/HEADPHONES
música fuerte/auriculares

39 FIREARMS/GUNS
armas de fuego/escopetas

WHEN WORKING IN HIGH NOISE AREA, DO YOU WEAR HEARING PROTECTION? YES ❑ NO ❑
Cuando Ud. trabaja donda hay ruido fuerte, ¿lleva protección del oído? Si ❑ No ❑

(EXPLAIN CIRCLED ITEMS UNDER "COMMENTS")
(Explique Ud las cosas cirundadas debajo de "comentarios",)

IMPORTANT FOR COMPANY: Please fill out all information above heavy black lines in advance of mobile unit arrival. Hold this form for distribution to employees immediately prior to test. For test done in house or at local clinic, keep original for your files and make photocopy to send to T K Group for processing.

*** THIS INFORMATION IS REQUIRED BY OSHA.**

COMMENTS:

Employee Signature
LA FIRMA

***Date**
*FECHA

T K GROUP, INC.
HEARING CONSERVATION DIVISION
1781 S. BELL SCHOOL ROAD
CHERRY VALLEY, IL 61016
815-332-3460 (Phone)
815-332-5175 (Fax)