TECHNICIANS USE ONLY

STATION _____

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

**COMPANY** _____ **DIVISION** _____

**LOCATION** _____

**PLANT** _____

**SS # OR EMPL ID #** _____
**(Use Company Authorized Identifier)**
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE EMPLEADO
(Use el identificador authorizado por la compañía)

***NAME** _____
***NOMBRE** LAST FIRST INITIAL

**SEX** _____
SEXO

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

**DATE OF HIRE** _____

DEPARTAMENTO
**DEPT.**

***TRABAJO**
***JOB**

| 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

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

**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

**32 FAMILY HEARING LOSS**
pérdida de oído en la familia

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

**34 NO HEARING PROTECTION PRIOR TO HEARING TEST**
nínguna 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)**
**815-332-5082 (Fax)**