

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 autorizado 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

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

In your lifetime:
en toda la vida

Miscellaneous:
miscelaneo

- 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

- 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

- 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

Serial # Make Model			*Audiometer Calibration Date	*TESTER Name and Cert. No./ Date	DEPARTAMENTO DEPT.		
					*TRABAJO *JOB		
					SHIFT	*NOISE LEVEL	HP REQUIRED?

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)

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".)