Envíe el formulario completo a:
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Cuestionario Sobre la Pérdida de Audición Ocupacional

Nombre	Número de reclamo	Fecha de la lesión

1. ¿Cuándo notó por primera vez la pérdida de audición?

2. ¿Fue el inicio de la pérdida de audición:
☐ Repentino? ☐ Gradual?

3. ¿Qué clase de problema(s) de audición tiene ahora? (Encierre en un círculo la letra de todos los conceptos aplicables).

A. Zumbido en los oídos.
B. Dificultad para escuchar en el teléfono.
C. Dificultad para escuchar conversaciones entre usted y otra persona.
D. Dificultad para entender la comunicación hablada en presencia de ruidos que lo rodean.
E. Otro – explique:

4. Durante su empleo, ¿interfirió su pérdida de audición con su trabajo?

☐ No

☐ Sí – explique abajo:

5. Nombre y dirección del doctor que le dijo que su pérdida de audición era ocupacional

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

6. ¿Cómo le notificaron?

☐ Por escrito (por favor adjunte una copia)

☐ Oralmente

☐ Otro – explique abajo:

7. ¿Lo ha examinado cualquier otro doctor por la pérdida de audición en el pasado?:

☐ No
☐ Sí – por favor proporcione:

Nombre del doctor

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Fecha del examen ¿Se hizo un audiograma?
☐ No ☐ Sí

Nombre del doctor

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Fecha del examen ¿Se hizo un audiograma?
☐ No ☐ Sí

8. Cuando un doctor le dijo por primera vez que su pérdida de audición fue causada por el ruido en el trabajo, también le dijo él/ella que debería tener:

A. Tratamiento médico – ☐ No ☐ Sí – explique abajo:

B. Un audífono – ☐ No ☐ Sí

C. ¿Le hicieron un audiograma? ☐ No ☐ Sí

9. ¿Ha tenido que usar audífonos anteriormente?

☐ No
☐ Sí – Por favor proporcione:

Nombre del doctor/clínica

Dirección

Ciudad Estado Código postal

10. ¿Tiene un problema de salud para el que tiene que tomar medicamento regularmente?
☐ No ☐ Sí – explique el problema de salud y que clase de medicamento está tomando:

11. Nombre y dirección del doctor que está recetando sus medicamentos:

Nombre del doctor

Dirección

12. ¿Se ha lastimado el(los) oído(s)?

☐ No

☐ Sí – explique abajo:

Ciudad	Estado	Código postal	

13. ¿Ha tenido alguna enfermedad que afectó sus oídos o la audición?
☐ No
☐ Sí – indique cuándo y el nombre de la enfermedad:

14 ¿Ha tenido una lesión en la cabeza?
☐ No
☐ Sí – describa la lesión abajo:

15. ¿Ha tenido alguna enfermedad que involucró una fiebre alta?
☐ No
☐ Yes – indicate when and name of illness:

16. ¿Ha sufrido algún miembro de su familia de pérdida de audición?
☐ No
☐ Sí – especifique el parentesco (madre, padre, tío, etc):

Wu

17. ¿Era usted miembro de un sindicato al exponerse al ruido que piensa contribuyó a su pérdida de audición?
☐ No
☐ Sí – ¿Cuál sindicato?

18. ¿Tiene algún pasatiempo de actividades que no sean de trabajo que involucren ruido fuerte, como por ejemplo: (marque todo lo que aplique)

☐ Música fuerte
☐ Reparación de automóviles
☐ Trabajo de madera
☐ Metalurgia
☐ Corte de madera
☐ Moto de nieve
☐ Motocicleta
☐ Navegación
☐ Cacería/tiro al blanco
☐ Carreras de automóviles
☐ Aviación
☐ Operar equipo ruidoso como:
  ☐ Tractores
  ☐ Equipo de granja
  ☐ Cortadoras de pasto
☐ Otros – por favor especifique:

19. Tipo de equipo o herramientas usadas para pasatiempo: ¿Frecuencia? ¿Duración (tiempo)?

Por favor escriba los pasatiempos o actividades en las que participa que incluyen ruidos fuertes:

20. Tarifa de pago actual o última:
Cantidad:
$
Tarifa de pago:
☐ Hora ☐ Día ☐ Semana ☐Mes

21. ¿Está usted jubilado?
☐ No
☐ Sí

21A. Si está jubilado, ¿por qué se jubiló?

21B. Si está jubilado, ¿cuál fue la última fecha que trabajó en que estaba expuesto al ruido que usted piensa contribuyó a su pérdida de audición? (Escriba el mes y el año).

21C. ¿Recibió usted un examen de oído como parte de un examen físico cuando se jubiló?
☐ No
☐ Sí

22. ¿Estaba su empleador contribuyendo al seguro médico, dental y/o de la vista en la última fecha que usted trabajó cuando fue expuesto a ruido que usted piensa pudo haber contribuido a su pérdida de audición?

☐ No
☐ Sí

Fecha

Firma