Department of Labor & Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

CUESTIONARIO SOBRE PERDIDA DEL OIDO EN EL TRABAJO

Nombre del reclamante	Número de reclamación:	Fecha de la lesión / /

1. ¿Cuándo notó por primera vez su pérdida del oído? / /

2. ¿Fue la aparición de la pérdida del oido : ☐ repentina? ☐ gradual?

3. ¿Qué clase de problema(s) auditivo(s) está teniendo? (Encierre en un círculo la letra de todos los conceptos aplicables)
   A. ¿Le silban los oídos?
   B. ¿Tiene dificultades para oír al hablar por teléfono?
   C. ¿Tiene dificultades para oír las communicaciones orales en conversaciones de uno a uno?
   D. ¿Tiene dificultades para entender las communicaciones orales en presencia de ruidos circundantes?
   E. Otra cosas - una explicación

4. ¿Era un obstáculo para su trabajo su pérdida del oído, mientras estaba empleado? ☐ Si ☐ No
   Si la respuesta es afirmativa ¿cómo?

4a. ¿Hizo su empleo o sindicato una examen del oido? ☐ Si ☐ No

5. Nombre y dirección del médico que le dijo que su pérdida del oído era ocupacional.

Nombre del médico

Dirección

Ciudad Estado Código postal

6. ¿Como fue notificado?
   ☐ Por escrito
   ☐ Oral
   ☐ Otra cosa (favor de especificar)

7. ¿Se le hizo un audiograma? ☐ Si ☐ No

8. Cuando le dijo por primera vez un médico que su pérdida del oído se debía al ruido en el trabajo, le indicó también que debía obtener
   A. ¿Tratamiento médico? ☐ Si ☐ No
   En caso afirmativo, ¿qué clase de tratamiento? _____

9. ¿Le ha examinado algún otro médico debido a su pérdida del oído?
   ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, por favor proporcione

Nombre del médico Fecha del examen / / ¿Se le hizo un audiograma? ☐ Si ☐ No

Dirección del médico

Nombre del médico Fecha del examen / / ¿Se le hizo un audiograma? ☐ Si ☐ No

Dirección del médico

Nombre del médico Fecha del examen / / ¿Se le hizo un audiograma? ☐ Si ☐ No

Dirección del médico

B. ¿Un aparato de ayuda auditiva? ☐ Si ☐ No

10. ¿Lleva en la actualidad apartos de ayuda auditiva? ☐ Si ☐ No
    En caso afirmativo, proporcione por favor:

Nombre del médico

Dirección

Ciudad Estado Código postal

11. ¿Tiene alguin problema de salud para el que deba tomar medicamentos en forma regular? ☐ Si ☐ No - En caso afirmativo, ¿cuál es el problema de salud y qué tipo de medicamento está tomando?

12. Nombre y dirección del médico que prescribe su medicamento:

Dirección

Ciudad Estado Código postal

13. ¿Ha recibido alguna lesión en sus oídos? ☐ Si ☐ No
    En caso afirmativo, describa su lesión:

14. ¿Ha tenido alguna enfermedad que afectara sus oídos o su capacidad auditiva?
    ☐ Si ☐ No - En caso afirmativo, describa la enfermedad:

15. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en la cabeza? ☐ Si ☐ No
    En caso afirmativo, describa su lesión:

14a. ¿Cuándo estuvo enfermo?
De / / a / /

Cuándo / / Naturaleza de la enfermedad

Nombre del médico

15a. ¿Ha tenido alguna enfermedad con fiebre elevada? ☐ Si ☐ No
    En caso afirmativo, indique, por favor:

HISTORIAL DE LA SALUD

16. ¿Ha habido miembros de su familia que hayan tenido pérdida del oído?
☐ Si ☐ No - En caso afirmativo, especifique el parentsco (ej. madre, padre, tia, tio, etc.)

17. Nombre del médico de su familia | Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

SERVICIO MILITAR

23. ¿Ha hecho el servicio militar? ☐ Si ☐ No Hasta (mes/año) (/)
En caso afirmativo, indique por favor las fechas: Desde (mes/año) (/)

24. ¿Tiene derecho a recibir beneficios de asuntos de veteranos (Veteran Affairs o VA)? ☐ Si ☐ No

25. Título de su empleo | Obligaciones de trabajo

26. ¿Estuvo expuesto a niveles excesivos de ruido en el servicio militar?
☐ Si ☐ No - En caso afirmativo, ¿de dónde procedía el ruido:

27. ¿Tenía buen oído al licenciarse?
☐ Si ☐ No - En caso negativo, dé por favor una explicación:

27a. ¿Recibió usted una examen de oido cuando fue descargado?
☐ Si ☐ No Fecha de descarga / /

PARTICIPACION SINDICAL

28. ¿Fue miembro de un sindicato?
☐ Si ☐ No - En caso afirmativo, ¿de qué sindicato?

¿Estado?
☐ Activo ☐ Jubilado

EXPOSICION A RUIDOS FUERA DEL TRABAJO

29. ¿Tiene usted aficiones o actividades fuera del trabajo que incluyan ruidos fuentes, como las que siguen? (Marque todas las que sean aplicables)

☐ Trabajo en madera	☐ Nievemóviles	☐ Disparo de rifles	☐ Manejo de equipos ruidosos
☐ Metalurgia	☐ Motocicletas	☐ Caza	☐ Tractores
☐ Música fuerte	☐ Lanchas a motor	☐ Carreras de automóviles	☐ Equipos agrícolas
☐ Reparación de automóviles	☐ Disparo de pistolas	☐ Aviones en vuelo	☐ Cortadoras de pasto
☐ Corte de madera	☐ Disparo de escopetas	☐ Otros - Por favor, especifique	

30. Tipo de equipo o herramienta | Frecuencia | Duración (de uso)

31. Dé por favor una lista de otras aficiones o actividades en que participe:

OTROS

32. ¿Que es su salario presente o el final?
$ Por ☐ Hora ☐ Dia ☐ Semana ☐ Mes

33. ¿Está Jubilado?
☐ Si ☐ No

33a. Si está jubilado ¿ Por qué?

33b. ¿Si está jubilado, que es la ultima fecha que trabajó usted donde estaba expuesto al ruido que piensa usted contrubuyó a su perdida de oido?
Mes Año

33c. ¿Recibió usted una examen de iodo como parte de una examen fisica cuando jubiló?
☐ Si ☐ No

34. ¿Está recibiendo uno de los siguientes? Fecha _____(started)

☐ Si	☐ No ¿Incapacidad por Seguro Social?	/ /
☐ Si	☐ No ¿Jubilado por Seguro Social?	/ /
☐ Si	☐ No ¿Pensión por el empleo o el Sindicato?	/ /
☐ Si	☐ No ¿Beneficios de Desempleo?	/ /