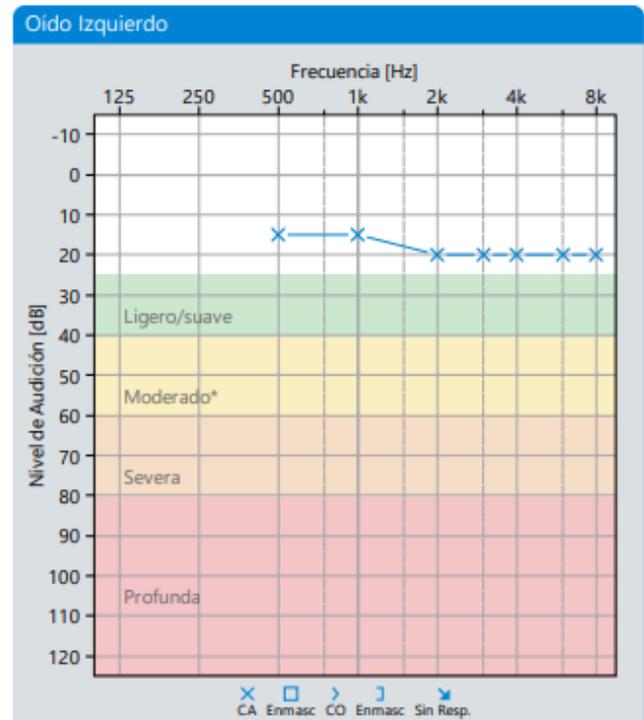
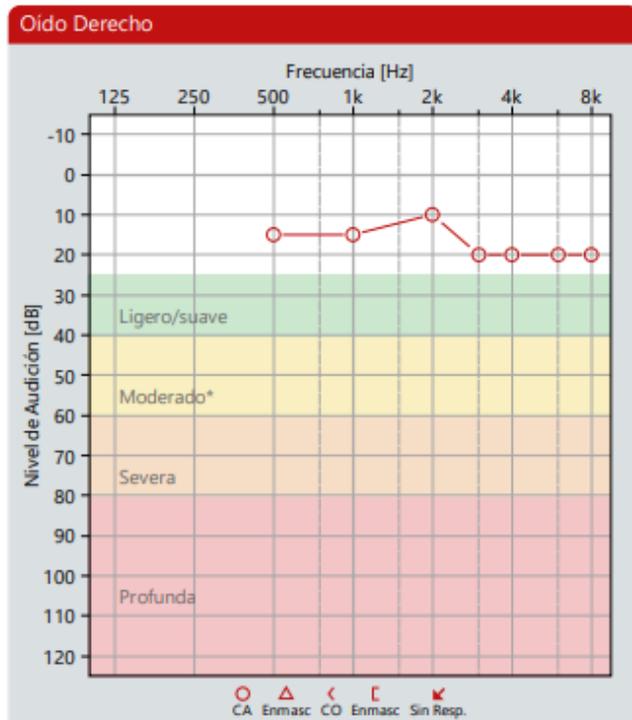


Paciente: **LOERA PUENTE, OMAR**
 Fecha de nacimiento: 19/04/1986
 ID: LA MEDI

Fecha de la sesión: 28/02/2023 02:03 p. m.

Audiometría Tonal

Grados de pérdida auditiva según la recomendación de la OMS (* En caso de pérdida auditiva moderada, el rango para niños es de 31 a 60 dB)



Dispositivo: MA 28

Número de serie:

Data de calibración: 08/03/2022

Notas:

LA AUDIOMETRIA TONAL MUESTRA:
 OIDO DERECHO: CURVA DE CONDUCCION AEREA, DENTRO DE LOS 20 dB
 OIDO IZQUIERDO: CURVA DE CONDUCCION AEREA, DENTRO DE LOS 20 dB
 IDX: NORMOACUSIA BILATERAL.

L.E. ELIANETH BALLEZA
 CED PROF: 12260227

Examinador: dell1

Firma: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas.

Nombre completo: OMAR LOERA PUENTE Fecha de nacimiento: 19/04/1986
 Empresa: RTI Puesto : AYUDANTE Edad: 36 AÑOS
 Tipo de evaluacion: Ingreso () Periodico (X)

En las siguientes preguntas, marque la respuesta que mejor se adapte a sus actividades

Ha estado expuesto al ruido en las ultimas 24 horas Si () NO (X)
 Cuantas horas esta expuesto al ruido diariamente: 6 HORAS
 Antigüedad en el puesto: 3 AÑOS
 Con que frecuencia utiliza medidas de proteccion auditiva: Siempre () A veces (X) Nunca ()
 Que equipo de proteccion auditiva utiliza: Tapones (X) Orejeras () Ninguno ()
 Cuanto tiempo ha laborado expuesto al ruido 8 HRS

Ademas del ruido al que esta expuesto en su trabajo, marque si realiza alguna de las siguientes actividades.

Discoteca Si () NO (X) Servicio militar con arma de fuego Si () NO (X)
 Cacería Si () NO (X) Otra _____
 Frecuencia: Diario () Semanal () Mensual () Otro ()

De las siguientes sustancias marque a las que ha estado expuesto,y el tiempo en el que ha estado expuesto

Pinturas () _____ Mercurio () _____ Solventes () _____ Cianuros () _____
 Desengrasantes () _____ Cobalto () _____ Anilinas () _____ Plomo () _____

Antecedentes Familiares:

Tiene familiares con problemas de sordera? Si () No (X)

Antecedentes personales. Indique si ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades.

Sarampion Si () NO (X) Rubeola Si () NO (X) Golpes en cabeza Si () NO (X)
 Paperas Si () NO (X) Fiebre tifoidea Si () NO (X) Alergia o sinusitis Si () NO (X)
 Diabetes Si () NO (X) Presion alta Si () NO (X) Dolor de oidos Si () NO (X)
 Silbidos, timbres o zumbido en los oidos Si () NO (X)
 Mareo o vertigo Si () NO (X)
 Infeccion en los oidos con salida de pus Si () NO (X)

Indique si ha tomado alguno de los siguientes medicamentos durante mas de 3 semanas.

Estreptomicina () Furosemida () Indometacina ()
 Gentamicina () Kenamicina () Propanolol ()
 Ibuprofeno () Ninguno (X) Aspirina ()
 Vancomicina ()

Estado actual de audicion.

Escucha bien ? Si (X) NO () Si su respuesta es **NO** desde cuando no escucha bien ? _____
 En conversaciones, pide que le repitan con frecuencia las cosas ? Si () NO (X)
 Debe aumentar el volumen de la television para escuchar bien ? Si () NO (X)
 Siente que escucha mejor cuando hay ruido ? Si () NO (X)

Valoracion otoscopica.
Oido externo

oído derecho: Normal (X) Tapon parcial de cerumen () Tapon total de cerumen ()
 Hiperemia () Otros ()

Oído izquierdo: Normal (X) Tapon parcial de cerumen () Tapon total de cerumen ()
 Hiperemia () Otros ()

Membrana Timpanica

Oído derecho: Normal (X) Perforada () Abombada () Retraida ()
 Roja () Amarilla () Areas blanquecinas ()

Oído izquierdo: Normal (X) Perforada () Abombada () Retraida ()
 Roja () Amarilla () Areas blanquecinas ()

Observaciones: _____

