



Bethesda Care Arrow Springs
Phone: 513-282-7075
Fax: 513-282-7076

Bethesda Care Butler County
Phone: 513-874-3990
Fax: 513-860-5071

Bethesda Care Eastgate
Phone: 513-752-3695
Fax: 513-752-3039

Bethesda Care Norwood
Phone: 513-731-3399
Fax: 513-731-2882

**Occupational
Medicine
Services**

Bethesda Care Queensgate
Phone: 513-241-4135
Fax: 513-241-6510

Bethesda Care Sharonville
Phone: 513-563-1505
Fax: 513-769-4776

Good Samaritan
Phone: 513-862-2875
Fax: 513-862-2860

CUESTIONARIO DE VISTA

Nombre: _____

Nº De Seguro Social: _____

Empleador: _____

La fecha del Nacimiento: _____

Conteste por favor las preguntas siguientes.

Que usted tuvo jamás:

	SÍ	NO
¿Frecuente los dolores de oídos, infecciones de oreja o desagüe de oreja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llamar en la oreja, mareo o el entumecimiento de la cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cera excesiva de oreja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Perforación de tímpano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La conmoción, la herida de cabeza u oreja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La cirugía de la oreja recomendó o realizó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Audífono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El sarampión, paperas, viruela de pollo, la escarlatina, la difteria, meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La exposición a una explosión o estalla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La experiencia pasada en un ambiente ruidoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El prioridad el servicio y/o la exposición militares a la artillería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO
¿Que cualquiera de sus parientes de sangre (madre, el padre, la hermana o el hermano sólo) tuvo una pérdida de vista antes de la edad de 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Que usted advirtió un cambio en su vista durante el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hágale tiene vista de problema o conversación normal comprensiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hágale toma parte en regularmente una actividad que utiliza los fusiles, las herramientas eléctricas, los motonieves, los aviones, las lanchas motoras, las motocicletas o cultiva maquinaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hágale trabaja actualmente en un área ruidosa donde oyendo que la protección se requiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hágale lleva actualmente la protección de vista? Verifique esos que aplican: <input type="checkbox"/> la oreja tapa <input type="checkbox"/> la oreja deja escapar <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En las pasadas 14 horas, téngale fue expuesto al ruido fuerte sin la protección de vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los pasados tres días, téngale tuvo un frío, la condición de gripe o seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____