



**AUTORIDAD AERONÁUTICA CIVIL
DIRECCION DE SEGURIDAD AÉREA
UNIDAD DE MEDICINA AERONÁUTICA
AUDIOMETRIA**

NOMBRE	EDAD	SEXO	FECHA
METODO	EQUIPO	TIEMPO	
ENMASCARADOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VIA AEREA <input type="checkbox"/>	VIA OSEA <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE RUIDO _____ dB	COLABORACION: B R M		

EXAMINADOR _____

AUDIOMETRIA TONAL

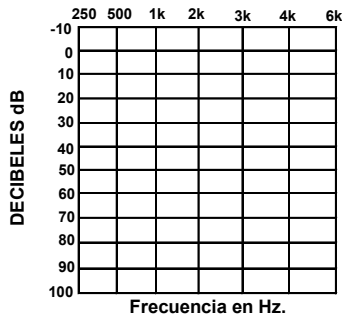
OIDO DERECHO

500	1000	2000	3000	4000

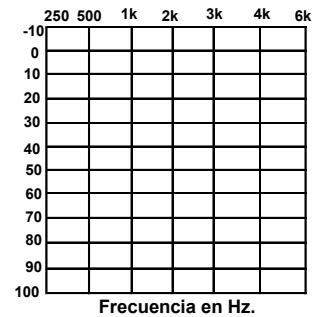
OIDO IZQUIERDO

500	1000	2000	3000	4000

OD



OI



CLAVE		
O.D	O	O AEREA
		OSEA
O.I	X	X AEREA
		OSEA
CALIBRACIÓN		
ASA	ISO	ANSI

LOGOUDIOMETRÍA

Promedio de tonos puros

C/A

Derecho Izquierdo

C/O

Derecho Izquierdo

Nivel de Captación

Derecho _____ dB

Izquierdo _____ dB

Discriminación

Derecho _____ dB _____ %

Izquierdo _____ dB _____ %

IMPEDANCIOMETRIA

Timpanometría Tipo

Derecho _____

Izquierdo _____

Reflejo Estapedial

Derecho Izquierdo

C _____ C _____

I _____ I _____

Función Tubárica

Derecho _____

Izquierdo _____

OBSERVACIONES: _____
