



**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "SG-SST"
LISTA DE CHEQUEO DE VOZ Y AUDICIÓN**

Página 1 de 1

Código: ST-F21

Versión: 01 - 30/11/2022

FECHA: _____ NOMBRE DEL DOCENTE: _____

TIPO DE VINCULACIÓN: P O C SALÓN O ESPACIO DE APLICACIÓN: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado, me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento y comprendo perfectamente el propósito, los beneficios y resultados de la lista de chequeo de voz y audición.

FIRMA TRABAJADOR

AUTOREPORTE DE HÁBITOS Y CONDICIONES DE SALUD VOCAL Y AUDITIVA

P.	ITEM	S	A	N	ITEM	S	A	N	OBSERVACIONES
AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD VOCAL, SEGÚN PERCEPCIÓN INTRÍNSECA DEL DOCENTE Y SUS HÁBITOS COTIDIANOS.	1. ¿Fuma?				10. ¿Sufre de reflujo?				
	2. ¿Consume agua frecuentemente durante las clases?				11. ¿Siente cansancio al hablar durante su trabajo?				
	3. ¿Consume bebidas frías o muy calientes?				12. ¿Siente que le falta el aire cuando está dictando su clase?				
	4. ¿Utiliza ayudas audiovisuales?				13. ¿Le ha dado ataque de tos durante o después de terminar la clase?				
	5. ¿El volumen de su voz es alto al hablar?				14. ¿Siente que empeora su voz al terminar su jornada laboral?				
	6. ¿Siente tensión muscular en el cuello al hablar?				15. ¿Ha estado incapacitado por problemas de voz?				
	7. ¿Ha sufrido de problemas de la voz?				16. ¿Siente carraspeo o dolor al hablar?				
	8. ¿Sufre de nódulos o pólipos vocales?				17. ¿Siente sensación de cuerpo extraño en el cuello al deglutir saliva?				
	9. ¿Experimenta sensación de tos o atragantamiento cuando ingiere alimentos?				18. ¿Se ha realizado alguna vez una nasofibrolaringoscopia?				
AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD AUDITIVA, SEGÚN PERCEPCIÓN INTRÍNSECA DEL DOCENTE Y SUS HÁBITOS COTIDIANOS.	1. ¿Limpia usted sus oídos?				9. ¿Le han realizado extracción de tapón de cerumen?				
	2. ¿Para el dolor de oído utiliza métodos caseros?				10. ¿Sufre de algún tipo de alergias respiratoria?				
	3. ¿Escucha música a alto volumen?				11. ¿Experimenta dolores o infecciones en el oído?				
	4. ¿Usa normalmente audífonos o auriculares para escuchar música o hablar por celular?				12. ¿Presenta usted alguna anomalía o trastorno en el pabellón auricular?				
	5. ¿Siente usted que su audición es normal?				13. ¿Ha sido remitido a otorrinolaringólogo o audiólogo?				
	6. ¿Ha presentado vértigo?				14. ¿Se ha hecho audiometrías u otros exámenes auditivos?				
	7. ¿Sufre de tinnitus o zumbidos constantes?				15. ¿Siente usted sensación de oído tapado cuando viaja?				
	8. ¿Ha tenido usted obstrucción de CAE?				16. ¿Cuándo va a sitios de inmersión acuática siente dolor de oídos?				

EVALUACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y VOCAL POR FONOAUDIOLÓGIA

ITEM	S	N	ITEM	S	N	NOMBRE EVALUADOR
1. ¿Hablar en su lugar de trabajo es difícil o incómodo?			5. ¿El curso tiene un número alto de estudiantes?			
2. ¿Compete con el ruido ambiente cuando está desarrollando una clase?			6. ¿El Docente esfuerza la voz para que lo escuchen con claridad?			
3. ¿El ambiente térmico es adecuado para el cuidado de su voz?			7. ¿El docente aparanta un problema auditivo?			FIRMA DEL EVALUADOR
4. ¿Tiene la posibilidad de ayudas de amplificación al dictar las clases en los salones que lo requieran?			8. ¿Existe algún factor adicional relacionada con el entorno, que afecte la salud vocal o auditiva del docente?			

OBSERVACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES
