



Founded in 1924

International Committee of Sports for the Deaf

Recognized by the International Olympic Committee

OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET

528 Trail Avenue
Frederick, Maryland 21701
UNITED STATES
Fax: +1 301 620 2990
Email: controls@ciss.org

***Required Fields**

PLEASE PRINT OR USE TYPEWRITER and send to your National Deaf Sports Federation for review

***Name:** _____
Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

***Nation:** _____ ***Sport:** _____

***Date of Birth:** _____ (day / month / year) ***Which event?** Regional Championships
 World Championships
 Deaflympics

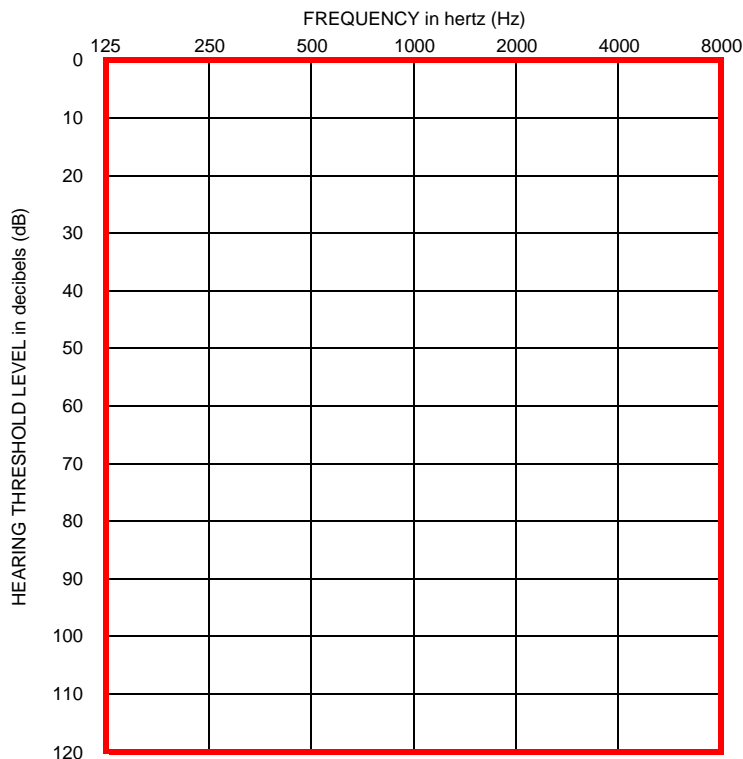
***Gender:** Male Female

AUDIOGRAM

***Audiometer:** _____ ***Examiner Name:** _____

***Calibration:** ANSI 1969 ISO 1964 ***Date of Examination:** _____ (day / month / year)
 Other: _____

***AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION**



*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

*REFLEXOMETRY					
Side Equals Probe Ear					
RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				
LEFT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				

PURE TONE AVERAGE (500-1000-2000 Hz)		
Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

KEY TO SYMBOLS				
Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (red)	O	△	<	[
LEFT (blue)	X	□	>]
No Response			NR	

TYPE OF HEARING LOSS (Check one for each ear with an "X")				
Ear	Sensori-neural	Conductive	Mixed	Cochlear Implant
RIGHT				
LEFT				

ICSD HOME OFFICE USE ONLY	
ID:	_____
Data Entered By:	_____
ICSD Audiologist:	_____

COMMENTS: _____
(In English) _____ *Audiogram Form Revised: 6 / 2011*

www.deaflympics.com/forms/audiogram.pdf

*** This field is required and audiogram form must be completed three (3) months before the event.**

HOJA DE DATOS OFICIALES AUDIOGRAMAS
Nota: El texto a continuación al español por el traductor de google.

Imprimir o uso máquina de escribir y enviar a su Federación Nacional Deportiva de Sordos para su revisión

Nuestros atletas necesitan para llenar este formulario completamente para recibir un número de identificación para participar en eventos del Campeonato o Juegos

** Se requiere este campo y la forma Audiograma se debe completar tres (3) meses antes del evento. Olímpicos para Sordos .*

En cumplimiento de la normativa de audiogramas ICSD, aquí es una guía para que usted pueda completar el ICSD forma audiograma, que se enumeran a continuación:

1. Modelo oficial ICSD Audiograma debe ser utilizado . El formulario se puede descargar de www.deaflympics.com/forms/audiogram.pdf
2. Los cuatro (4) tipos de pruebas de audiometría a continuación deben ser llenados en su totalidad para cada oído , incluyendo:
 1. Conducción de aire - Por favor, prueba de 500, 1000 y 2000 Hz.
 2. Conducción Ósea - Por favor, prueba de 500, 1000 y 2000 Hz.
 3. Timpanogramas (timpanometría) - Por favor escriba los números
 4. Acústica Reflejos (Reflexometry) - Por favor escriba los números o NR si no existen respuestas . No utilice la marca de guión (-) o cero (0) .
3. Abajo de la caja de color amarillo con números de información de los hoteles para que ingrese :

1. **Audiómetro** - Identificar el nombre del audiómetro.
2. **Examinador Nombre** - Nombre del audiólogo que realiza la prueba.
3. **Calibración** - Indicar el nombre de la calibración utilizado.
4. **Fecha de Examen** - Introduzca fecha de examen.
5. **Vía Aérea** - resultados de las pruebas de aire de registros. ver 2.1 anteriormente. Si no hay respuestas en Vía Aérea, por favor escriba NR como se señala en "lave de los símbolos".
6. **Conducción ósea** - resultados de las pruebas de médula Record. ver 2.2. Si no hay respuesta en el hueso Conducción, por favor escriba NR como se señala en "La clave para Símbolos".
7. **Timpanometría** - resultados de la prueba Timpanometría Record. Ver 2.3.
8. **Reflexometry** - resultados de la prueba Record Reflexometry. ver 2.4.
9. **Puro Media Tone** - Añadir 500, 1000, 2000 Hz y dividido por tres (3) para los resultados de pruebas tanto de aire y hueso.
10. **Tipo de pérdida auditiva** - Identificar el tipo de pérdida auditiva mediante la colocación de ' X ' en consecuencia, como se muestra en el formulario para respectiva oreja.
11. **Comentarios** - Por favor escriba comentarios cuando sea necesario alrededor este atleta. Si no hay Timpanograma o réflex equipos para poner a prueba, por favor escriba comentarios en Inglés.
12. Esto es para oficial ICSD utiliza sólo, no escribir.

International Committee of Sports for the Deaf
 Recognized by the International Olympic Committee
OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET

525 First Avenue
 Frederick, Maryland 21701
 UNITED STATES
 Fax: +1 301 620 2060
 Email: info@icd.org

1 *Required Tests: PLEASE PRINT OR USE TYPEWRITER and send to your National Deaf Sports Federation for review

*Name: Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

*National: *Sport: *Gender: Male Female

*Date of Birth: (day / month / year) *Date of Examination: (day / year)

2 **AUDIOGRAM** *Audiometer: *Examiner Name: **2**

*Calibration: ANSI S369 ISO 2264 **3** *Date of Examination: (day / year) **4**

*AIR CONDUCTION & BONE CONDUCTION
 FREQUENCY (in Hz): 125 250 500 1000 2000 4000 8000

HEARING THRESHOLD LEVEL (in dB): 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120

5 & 6

7 *IMPEDANCE TYMPANOMETRY
 Ear: Canal Vent. Peak. Conduct. Peak. Press.
 RIGHT
 LEFT

8 *REFLEXOMETRY
 Stimulus: 500 1000 2000 4000
 RIGHT Stimulus: [] [] [] []
 Conduct: [] [] [] []
 LEFT Stimulus: [] [] [] []
 Conduct: [] [] [] []

9 PURE TONE AVERAGE
 (500-1000-2000 Hz)
 Ear: Air Bone
 RIGHT
 LEFT

10 TYPE OF HEARING LOSS
 (Check one for each ear with an "X")
 Ear: Sensorineural Conductive Mixed Conductive/Impairment
 RIGHT
 LEFT

11 COMMENTS: (In English)

12 ICSD HOME OFFICE USE ONLY
 Data Entered: ICSD Audiologist

El incumplimiento de los requisitos dará lugar a un retraso en la aprobación.

Gracias de antemano por su cooperación ,

ICSD Personal