

EVALUACIÓN DE VIBRACIONES

Nombre o Razón social denunciado		Localidad		Fecha		Hora	
ENCUESTA							
Domicilio de la Vivienda		Calle				N°	
ENCUESTADO 1							
Nombre del Encuestado		Edad					
¿Desde cuándo reside en el domicilio?		semanas/meses/años					
Longevidad de vibraciones en domicilio		semanas/meses/años					
Tiempo de exposición a la vibración		horas/24h					
Tipo de fuente	Continua	Noche	Día	Día y noche			
	Impulsiva	Duración eventos	# Eventos por día	# Eventos por noche			
	Intermitente	Duración eventos	# Eventos por día	# Eventos por	# Eventos por mes		
¿Vibraciones de ventanas?		¿Vibraciones de adornos?					
¿Fenómenos visibles?							
¿Problemas de salud?		¿Cuáles?		¿Hace cuánto los padece?			
ENCUESTADO 2							
Nombre del Encuestado		Edad					
¿Desde cuándo reside en el domicilio?		semanas/meses/años					
Longevidad de vibraciones en domicilio		semanas/meses/años					
Tiempo de exposición a la vibración		horas/24h					
Tipo de fuente	Continua	Noche	Día	Día y noche			
	Impulsiva	Duración eventos	# Eventos por día	# Eventos por noche			
	Intermitente	Duración eventos	# Eventos por día	# Eventos por	# Eventos por mes		