

¿Vibraciones de ventanas?		¿Vibraciones de adornos?					
¿Fenómenos visibles?							
¿Problemas de salud?		¿Cuáles?		¿Hace cuánto los padece?			
<b>ENCUESTADO 3</b>							
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?			
<b>VALORACIONES SUBJETIVAS</b>							

		Encuestado 1	Encuestado 2	Encuestado 3	
Locación 1					No inconfortable
Locación 2					Ligeramente inconfortable
Locación 3					Poco inconfortable
					Inconfortable
					Muy inconfortable
					Extremadamente

Firma Denunciado	
Firma del Agente	
Firma A/C Contr. Ruidos y F.C Móviles	