

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 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 mes	