

¿Vibraciones de ventanas?		¿Vibraciones de adornos?		
¿Fenómenos visibles?				
¿Problemas de salud?		¿Cuáles?		¿Hace cuánto los padece?

ENCUESTADO 3

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?

VALORACIONES SUBJETIVAS

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