

Fecha De Inicio: _____

Repentino, Gradual, Regularmente, Problema cronico

Presion: Mejor o Peor con Presion Fisica

Temperatura:
 Mejor o Peor con Calor
 Mejor o Peor con Frio

Movimiento & Resto
 Mejor o Peor con Movimiento
 Mejor o Peor con Descanso

Puede describir el Dolor: Vagol, Agudo,
 Punzante, Apretar, Escondido, Calambre,
 Pulsatil, Doloroso, Pesadez, Hincharse,
 Contraerse, Halar o Empujar, Lleno, Vacio,
 Otro: _____

Cadencia de Dolor: Constante, Viene Y Va,
 Agudo, Cronico

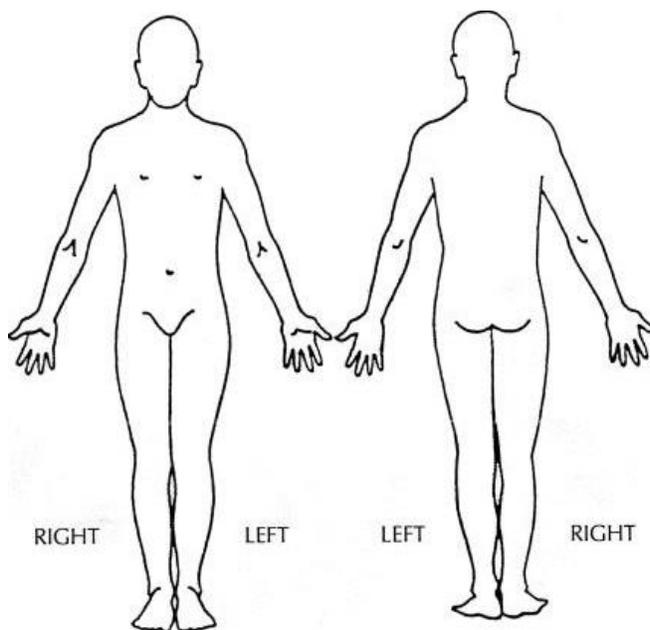
Localizacion del Dolor: Fijo, Movil, Radiar

Tiempo (Historia) del Dolor:
El Dolor Es: Agudo Cronico Constane
 Viene Y Va.
Cuanto tiempo ha tenido esta condicion: _____
Como ha cambiado su conicion desde el Inicio? Mejor
 Peor diferente sintomas _____
Le ha ocurrido esta condicion antes: Si No
Le ha cambiado esta condicion desde el Inicio? Si No
Si contesta que Si, explique como: _____
El Dolor es peor durante el: Dia Noche

Frecuencia del Dolor: Intermitente Continuo

Describe Medicamentos de Dolor:
Nombre: _____
Un solo Dosis: _____ (mg)
Un solo dosis por Dia: _____ x por dia
Uso Diario por Semana: _____ x por semana
Uso Diario por Mes: _____ x por mes
Comentario: _____

CIRCULE LA REGION DEL DOLOR.
DIBUJE UNA LINEA SI EL DOLOR ES RADIANTE.



Califique su dolor in la escala del uno al diez, donde diez es el peor:

Recuerde que el dolor afecta a todos en una manera diferente Y solo usted sabe come se siente.

Si 10 es el peor dolor posible, que usted ha sentido. 1) Califique el dolor que esta sintiendo ahora _____ 2) Califique el dolor al tiempo de inicio _____ 3) Califique el dolor en movimiento _____

