



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? Haga clic aquí si lo adjunta:  Adjunto Listar (puede usar el reverso):

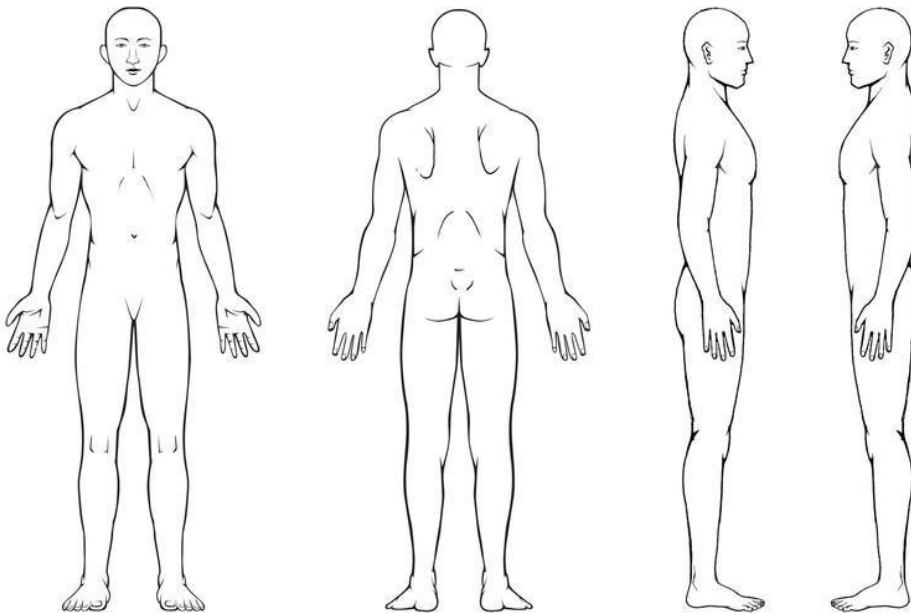
Para ayudarnos a entender sus síntomas, marque todas las opciones que correspondan.

El dolor es peor: por la mañana / durante el día / por la noche / constante / durante la actividad / durante el descanso

En una escala de 0 a 10, (en la que "0" significa que no siente dolor y "10", un dolor intolerable que requiere hospitalización), clasifique su dolor en el mejor de los casos \_\_\_\_\_ y en el peor de los casos \_\_\_\_\_.

**Diagrama del dolor**

Usando la clave provista, dibuje el símbolo que represente su dolor sobre el área del cuerpo que se refiera a su estado actual.



**Clave**

↑ o ↓ Dolor irradiado  
XXX Espasmo  
ZZZ Sensibilidad

//// Entumecimiento y hormigueo  
000 Dolores y molestias

¿Hay otra información relativa a su historia clínica que deberíamos conocer? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su meta para la terapia en este momento? \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor (si el paciente es un menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_