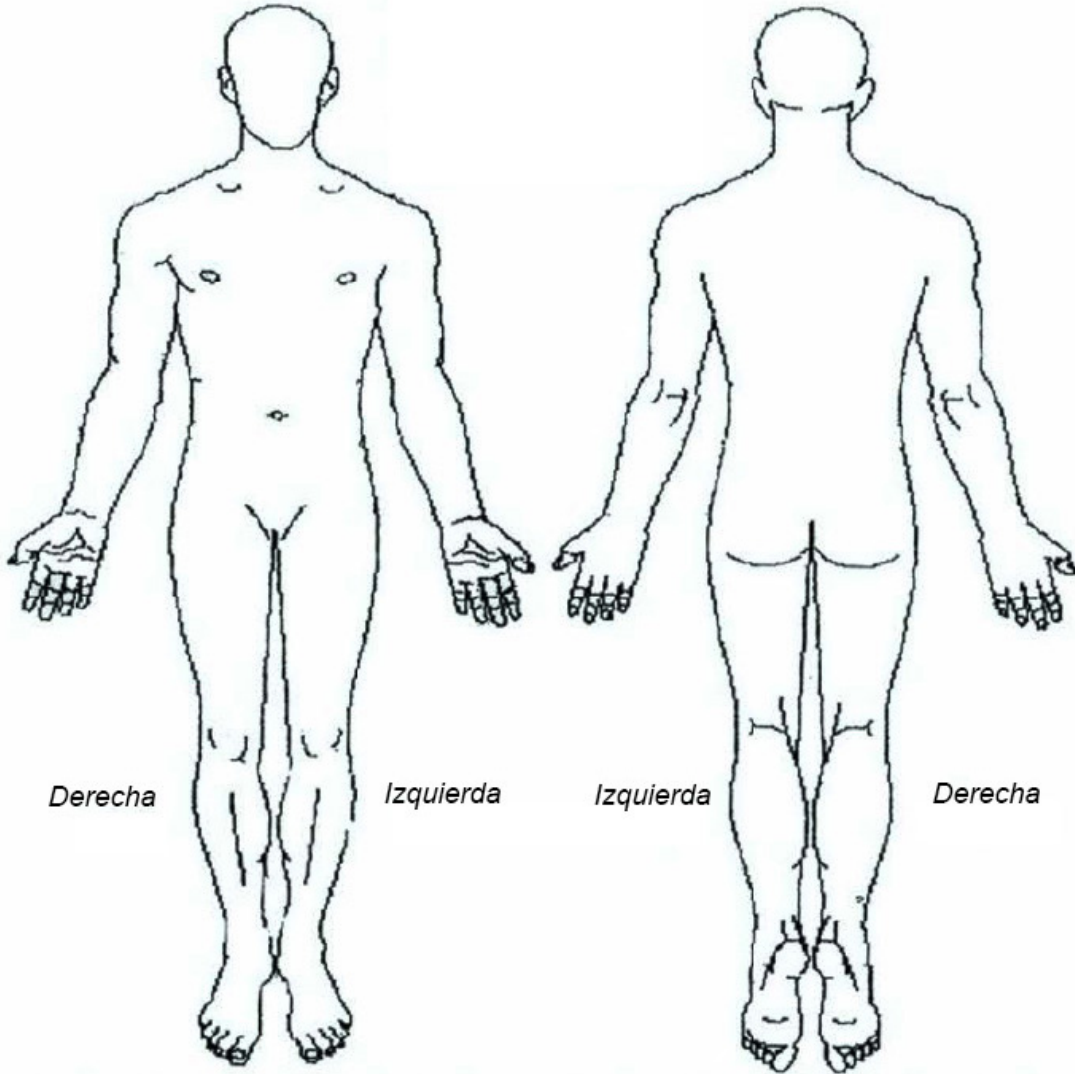


DIAGRAMA DE DOLOR CORPORAL

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Si no tiene dolor de cuerpo, marque esta casilla.

Dónde está tu dolor ahora? Marque las áreas de su cuerpo donde siente las sensaciones descritas. Utilice el símbolo apropiado. Marque las áreas de radiación utilizando los símbolos que se indican a continuación. Incluya todas las áreas afectadas. Solo para completar la imagen, dibuje su cara.



Dolor activo 
Entumecida 
Alfileres y Agujas 
Incendio 
Irradiando Dolor 

Qué tan grave es su dolor en este momento? (1=sin dolor 10=peor dolor)																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
Qué tan grave es su dolor en su peor momento?						Qué tan malo es su dolor en su mejor momento?													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qué tan constante es el dolor de tu cuerpo como ahora?																			
<input type="radio"/> Continuo			<input type="radio"/> Posicional			<input type="radio"/> Intermitente (encendido/apagado)			<input type="radio"/> No se puede calificar										