

# PERFIL DE DOLOR: EVALÚE SU DOLOR

Millones de estadounidenses padecen dolores que limitan su movilidad o calidad de vida. Para algunas condiciones, la cirugía o los opioides recetados (p. ej., Vicodin, OxyContin, Opana, etc.) pueden ser útiles. Pero muchas condiciones pueden tratarse eficazmente con la terapia física. Complete la siguiente evaluación de dolor y llévelo con usted la próxima vez que se reúna con su médico o fisioterapeuta para ayudarlo a determinar el mejor plan de tratamiento para usted.

¿Dónde siente dolor? _____					
¿El dolor interfiere con sus actividades diarias?	S	N	¿Está tomando algún medicamento para su dolor?	S	N
¿El dolor interrumpe su sueño?	S	N	¿Le gustaría evitar tomar opioides?	S	N
¿Su dolor ha durado 90 días o más?	S	N	¿Hay antecedentes de adicción o abuso de sustancias en su familia?	S	N
¿Alguna vez ha sido tratado por un fisioterapeuta?	S	N	¿Alguna vez ha tenido problemas de adicción o abuso de sustancias?	S	N

**Diario de dolor durante 5 días:** complete el diario antes de su próxima visita con su médico o fisioterapeuta.

FECHA	PUNTAJE DEL DOLOR: 0 A 10 0 = NINGÚN DOLOR 5 = DOLOR MODERADO 10 = DOLOR INTENSO	EL DOLOR SE SIENTE (MARQUE CON UN CÍRCULO CUALQUIERA QUE APLIQUE):	EL DOLOR ES MÁS SEVERO (MARKQUE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA):	EL DOLOR DURA CUÁNTAS HORAS (MARQUE CON UN CÍRCULO SU RESPUESTA):	MEDICAMENTOS (ANALGÉSICOS) TOMADOS, SI CORRESPONDE:
		Agudo Punzante Molesto Leve	Mañana Tarde Noche Todo el día	0 a 2 2 a 5 5 a 8 Más de 8	
		Agudo Punzante Molesto Leve	Mañana Tarde Noche Todo el día	0 a 2 2 a 5 5 a 8 Más de 8	
		Agudo Punzante Molesto Leve	Mañana Tarde Noche Todo el día	0 a 2 2 a 5 5 a 8 Más de 8	
		Agudo Punzante Molesto Leve	Mañana Tarde Noche Todo el día	0 a 2 2 a 5 5 a 8 Más de 8	
		Agudo Punzante Molesto Leve	Mañana Tarde Noche Todo el día	0 a 2 2 a 5 5 a 8 Más de 8	