

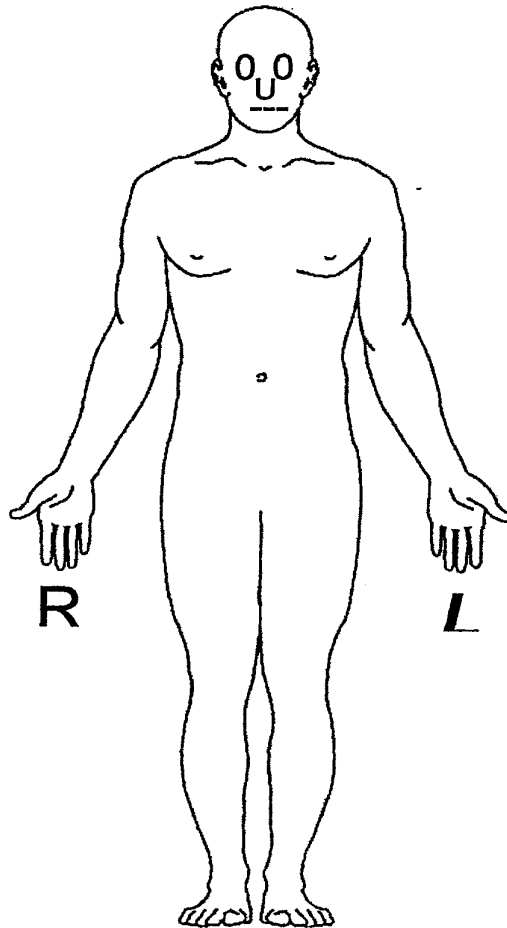
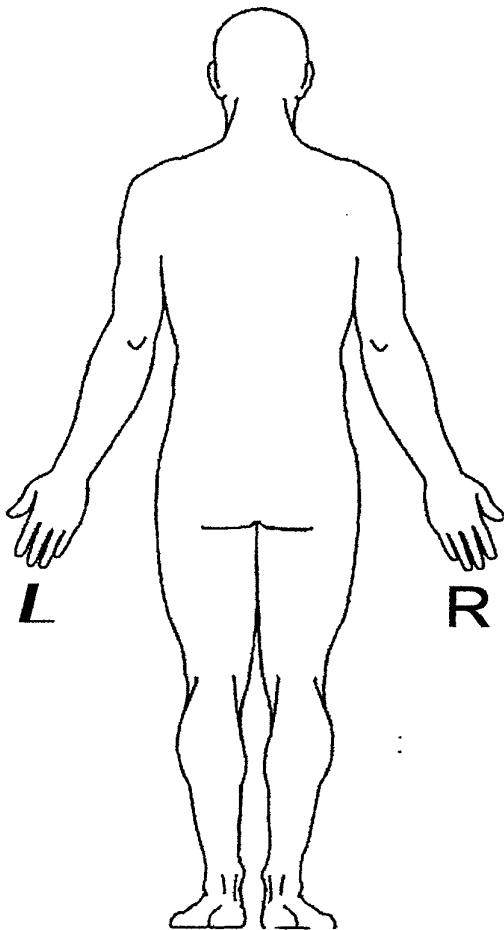
Patient Pain

Mark the area on your body where you feel the described sensations.

Numbness	Tingling	Burning	Stabbing	Aching	Cramping	Sensitive	Other
0000	<i>tttt</i>	xxxx	<i>////</i>	====	cccc	ssss	<i>pppp</i>

Marque el area en su cuerpo donde usted siente las sensaciones descritas

Adormecido	Hormiguero	Quemando	Cuchillada	Adolorido	Calambre	Sencible	Otro
0000	<i>tttt</i>	xxxx	<i>////</i>	====	cccc	ssss	<i>pppp</i>



Signature: (firma) _____ Date: (fecha) _____

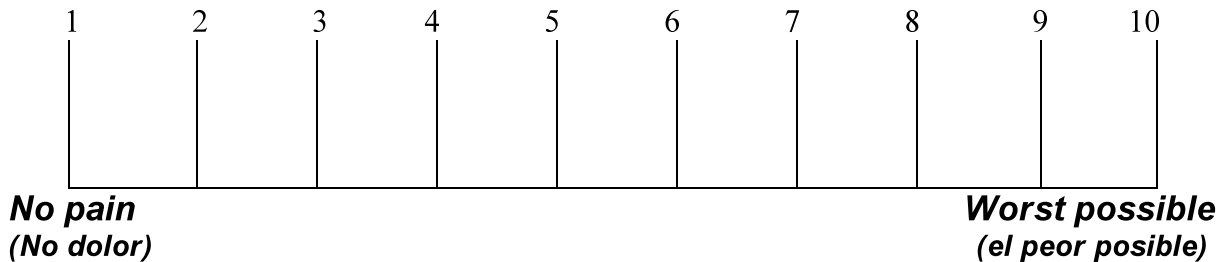
PAIN RATING SCALES ***(Escala para medir dolor)***

Patient name:
(Nombre)

Date:
(Fecha)

Here is a line with **various** grades **of pain** from "no pain **at** all" at one end **to** the pain is "almost unbearable" at the the other end. We want you to put a check by the phrase that describes your pain *best*.. Please rate your pain over the last month. ***(Favor de indicar cuanto fue su dolor la semana pasada)***

- Pain is almost unbearable (Dolores intolerable)
- Very bad pain (Dolor muy fuerte)
- Quite bad pain (Dolor fuerte)
- Moderate pain (Dolor en cantidad moderada)
- Little pain (Muy poco dolor)
- No pain at all (Sin dolor alguno)



Please rate your highest level of pain last week ***Favor de indicar manta fue su dolor la semana pasada***