

PAIN ASSESSMENT

Patient Name _____ Date _____

Chief Complaint 1. _____ 2. _____

Is your present problem due to an injury

On the job? Auto Accident? Personal Injury? Other _____

Did your pain begin Gradually? Suddenly?

Do you have pain All the time? Sometimes?

Is your pain worse when you

Sit Bend Walk Lift Push Pull Other _____

Which of the following areas do you have the most pain, discomfort or restriction of motion?

Neck Shoulders Arms Hands Upper Back Mid Back Low Back
 Pelvis Hips Legs Knees Feet Other _____

IN AN 8 HOUR DAY RATE THE PERCENTAGE OF YOUR PAIN WHEN YOU:

Sit _____ % of the time

Stand _____ % of the time

Walk _____ % of the time

OCCASIONALLY = 33%
 FREQUENTLY = 34-66%
 CONTINUOUSLY = 67-100%

WHAT PERCENT OF YOUR TIME ARE YOU:

Housebound? _____ %

Chairbound? _____ %

Bedfast? _____ %

RATE THE SEVERITY OF YOUR PAIN BY CHECKING ONE BOX ON THE FOLLOWING SCALE

1 = LEAST PAIN
10 = EXTREME PAIN

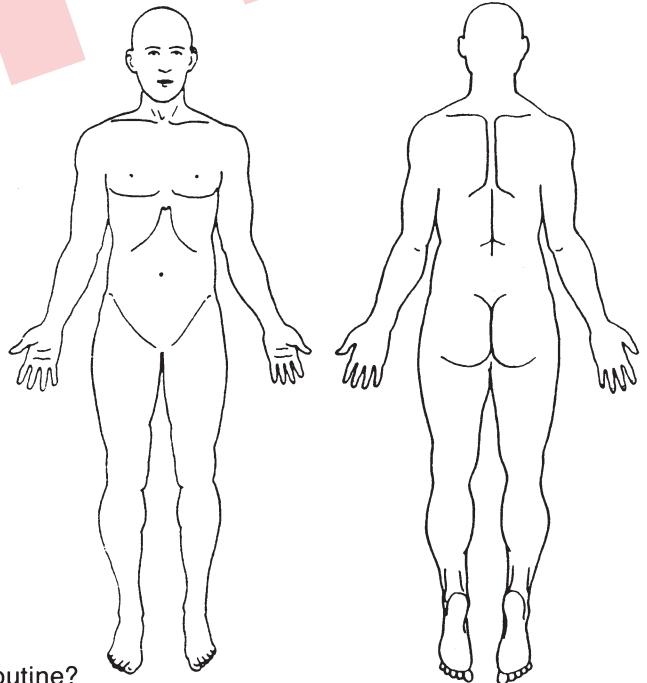
EXTREME

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

NO PAIN

MARK AREAS OF PAIN ON THE FIGURES BELOW USING THESE CODES

+++ BURNING
 000 STABBING
 --- SHARP
 ||| CONSTANT



Does your pain interfere with your Work? Sleep? Daily Routine?

Do you feel your present condition is Temporary? Permanent? Don't know

List any additional comments you wish to make regarding your condition _____

Patient Signature _____

ESTUDIO DE DOLOR

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Queja principal 1. _____ 2. _____

Su problema actual es debido a una lastimadura

En el Trabajo? Accidente de Auto? Lastimadura Personal? Otro? _____

Su dolor comenzó Gradualmente? Repentinamente?

Tiene Usted dolor Todo el tiempo? A veces?

Su dolor es peor cuando Usted

Se sienta Se dobla Camina Levanta algo Empuja Jala Otro _____

En cuales de las siguientes areas tiene más dolor, desagrado o restricción de movimiento?

Cuello Hombros Brazos Manos Alta espalda Media Espalda Baja Espalda

Pelvis Caderas Piernas Rodillas Pies Otro _____

EN UN DÍA DE 8 HORAS MARQUE EL PORCENTAJE DE DOLOR CUANDO USTED:

Se sienta _____ % del tiempo

Se para _____ % del tiempo

Camina _____ % del tiempo

OCASIONALMENTE = 33%
FRECUEMENTEMENTE = 34-66%
CONTINUAMENTE = 67-100%

QUE PORCENTAJE DE SU TIEMPO ESTÁ USTED:

Ligado a su casa? _____ %

Ligado a su silla? _____ %

Constante en cama? _____ %

MARQUE LA SEVERIDAD DE SU DOLOR MARCANDO UN CUADRO EN LA SIGUIENTE ESCALA
1 = MENOS DOLOR
10 = DOLOR EXCESIVO

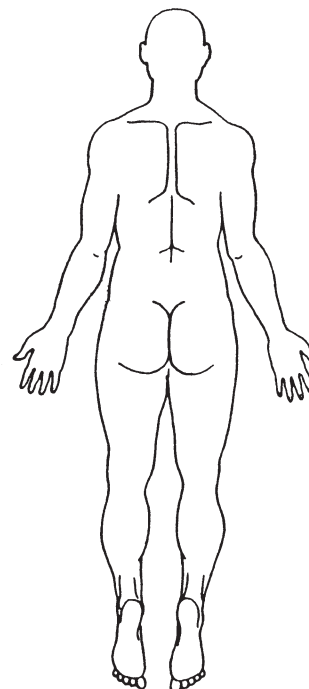
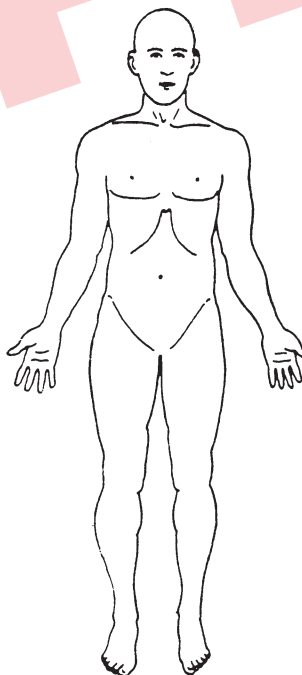
EXCESIVO

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

NO HAY DOLOR

MARQUE LAS AREAS DE DOLOR EN LAS SIGUIENTES FIGURAS USANDO ESTOS CÓDIGOS

+++ ARDOR
000 OPRESIÓN
--- AGUDO
||| CONSTANTE



Su dolor interfiere con su Trabajo? Dormir? Rutina Diaria?

Siente Usted que su condición actual es Temporal? Permanente? No Se?

Apunte cualquier comentario adicional que desea hacer referente a su condición _____

Firma del Paciente _____