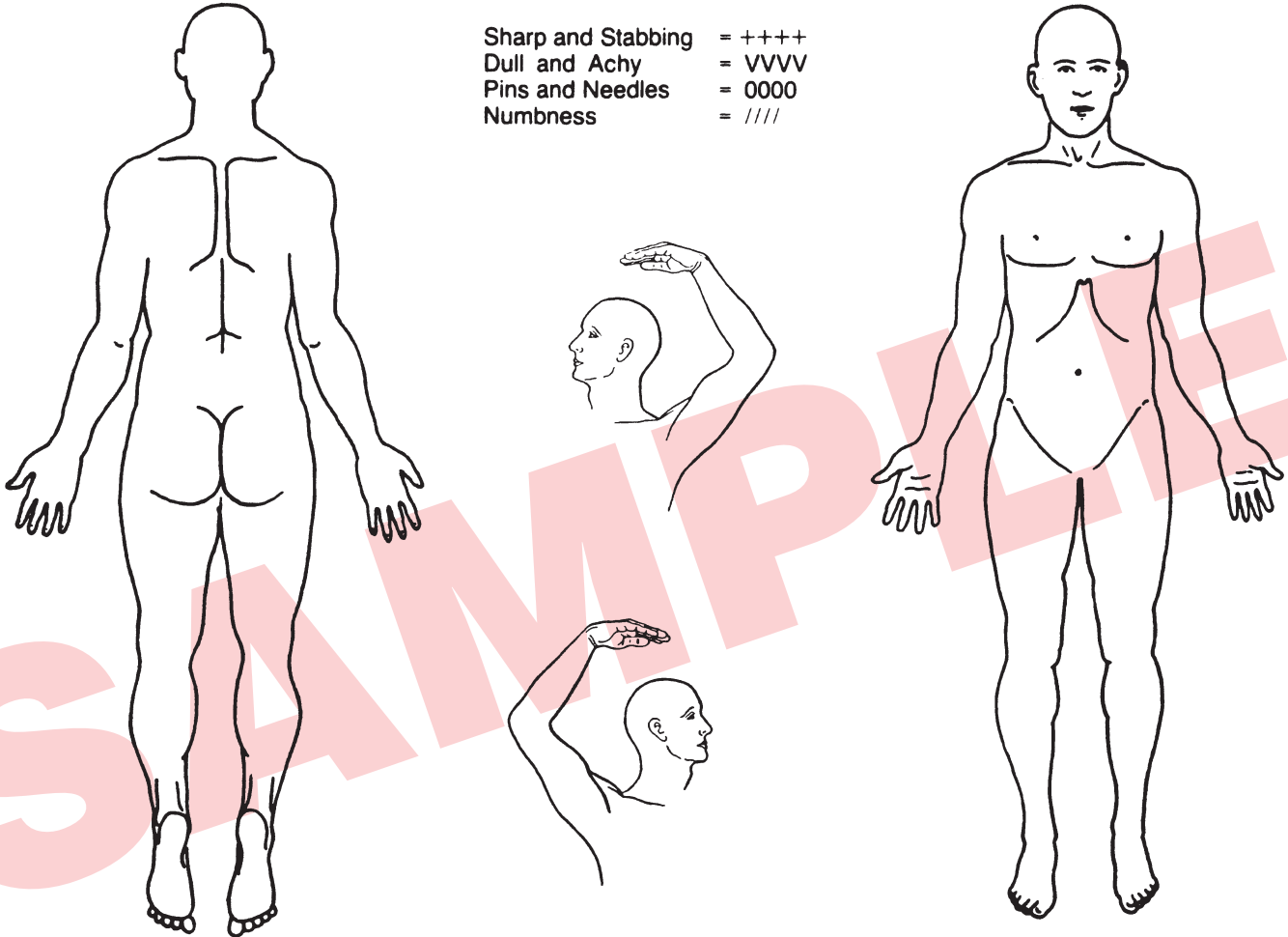


# ANALOGUE PAIN SCALE

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please indicate the appropriate location of pain and the symbol that best describes the discomfort you are presently experiencing.



Please check the appropriate # to describe your present pain level:  
With 0 being Normal/or no pain; and 10 being very severe pain.

**C = CONSTANT**  
**I = INTERMITTENT**

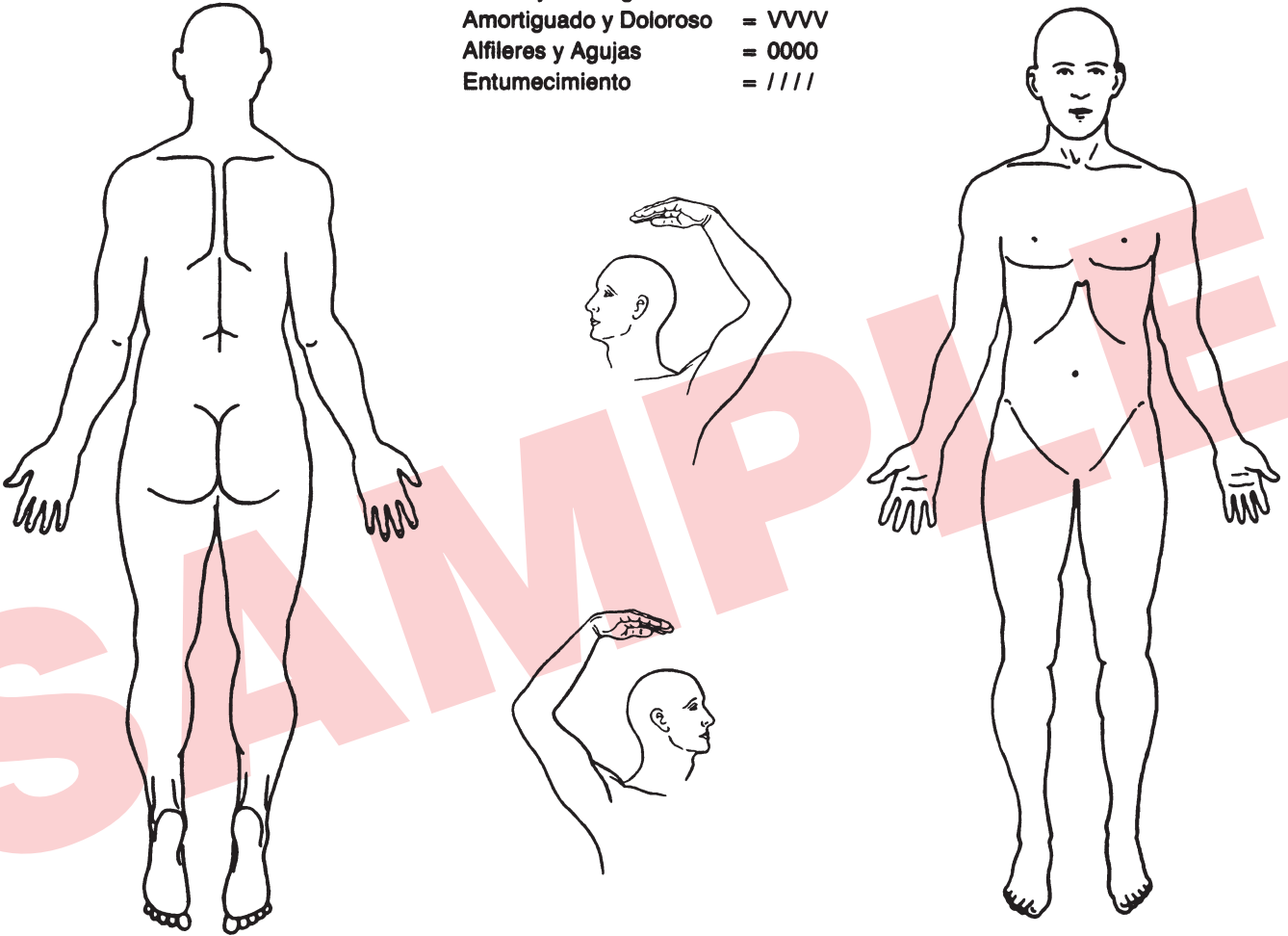
Area of pain	Normal	Mildly in pain	Moderate pain	Severe pain		
Neck	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Middle back	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Lower back	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Hip(s) Lt Rt	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Shoulder(s) Lt Rt	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Arm(s) Lt Rt	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Legs Lt Rt	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Headaches	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Other:	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Other:	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I
Other:	<input type="checkbox"/> 1	2 3 4	5 6 7	8 9 10	C	I

# ANALOGO de DOLOR

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor indique la localidad de dolor y el símbolo que más bien describe el malestar que Ud. está sintiendo actualmente.

Fuerte y Puntagudo = ++++  
 Amortiguado y Doloroso = VVVV  
 Alfileres y Agujas = 0000  
 Entumecimiento = ////



Por favor marque el # apropiado que describe sus dolores:  
 Con 0 siendo sin dolor/o normal; #1 siendo muy leve el dolor; y #10 con muchísimo dolor.

C = CONSTANTE  
 I = INTERMITENTE

Áreas de Dolor	Normal		Calmado Con poco Dolor				Moderadamente con Dolor			Severamente con Dolor			C	I
	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Cuello	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Medio de Espalda	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Baja de la Espalda	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Cadera(s) Lt Rt	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Hombro(s) Lt Rt	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Brazo(s) Lt Rt	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Piernas Lt Rt	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Cabeza	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Otro:	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Otro:	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	
Otro:	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C	I	