

Cuestionario de Evaluación del Dolor

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS (S)

NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

EDAD

PESO

KG LB

ALTURA

M FT

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DOLOR

1. ¿Cuánto tiempo hace que tiene el dolor (en años y/o meses)? _____
2. ¿Cómo comenzó el dolor? ¿Hubo algo que lo produjo? _____

3. Describa la localización de su dolor en la siguiente figura (marque con una X la/las áreas dolorosas en el diagrama. Si el área es extensa, puede sombrearla). También puede escribir los números del área dolorosa en el recuadro.

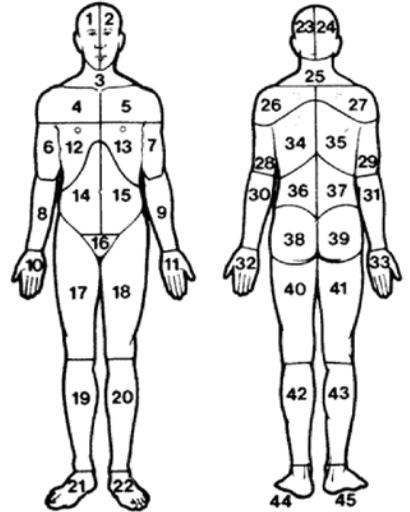
Escriba los números aquí

_____, _____,

_____, _____,

_____, _____,

_____, _____,



4. Valore la intensidad de su dolor en una escala del 0 al 10, en donde 0 significa ausencia de dolor y 10 el máximo dolor que se pueda imaginar (por favor marque el número que corresponda)

- a) En promedio diario 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- b) En su mejor momento 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- c) En el peor momento 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- d) Ahora mismo 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

5. ¿Puede usted describir las características o cualidad de su dolor? Por favor marque con una X en la columna que mejor representa la frecuencia de cada una. Ejemplo:

CUALIDAD DE SU DOLOR	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	TODO EL TIEMPO
Pulsaciones		x		

Marque una sola columna por cada cualidad

CUALIDAD DE SU DOLOR	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	TODO EL TIEMPO
Pulsaciones				
Calambres				
Cortante				
Punzante				
Rayo/eléctrico				
Áspero				
Quemazón				
Intenso				
Pesadez				
Sensitivo				
Mordisco				
Agotador				
Enfermante				
Pavoroso				
Cruel				
Otros (Describa)				

(SF-MPQ) [Melzack, 1987]

6. ¿Cómo afectan estas situaciones a su dolor? (por favor marque una en cada línea)

	DISMINUYE	NO EFECTO	AUMENTA
Acostarse			
Levantarse			
Sentarse			
Caminar			
Ejercicio			
Calor			
Frío			
Tos / Estornudo			
Roce			
Medicinas			
Otros (por favor describa)			

7. ¿Existen otros factores que: (por favor detalle a continuación)

MEJOREN SU DOLOR?

EMPEOREN SU DOLOR?

8. ¿Con qué frecuencia tiene usted su dolor? (escoja una)

- a) Siempre (100% del tiempo)
- b) Casi siempre (60 al 95 % del tiempo)
- c) Intermitentemente (30 al 60 % del tiempo)
- d) Ocasionalmente (menos del 30 % del tiempo)

9. ¿Cómo interfiere su dolor con las siguientes actividades? 0 significa que no interfiere y 10 máxima interferencia.

- a) Dormir 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- b) Caminar 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- c) Trabajar/Estudiar 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- d) Relación con otras personas 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- e) Cuidado personal 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

10. Por favor, indique qué tratamientos ha utilizado para su dolor

TRATAMIENTO	¿CUÁNDO?	¿AYUDÓ?	
		SÍ	NO
Hospitalización / Reposo			
Cirugía			
Bloqueos nerviosos			
Estimulación eléctrica			
Rehabilitación			
Ejercicio			
Psicoterapia			
Quiropráctico			
Otros			
Medicaciones (Enumere):			
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Escriba aquí cualquier comentario relacionado con su tratamiento:			

11. ¿Qué especialistas ha visitado usted desde que comenzó su dolor?

NOMBRE DEL ESPECIALISTA	ESPECIALIDAD	CUÁNDO

12. ¿Puede aportar alguna otra información que considere relevante respecto a su dolor?
