

ESTUDIO N°: _____

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LINEA

HOSPITAL N°: _____

Questionario Breve del Dolor (Forma Corta)

Fecha: ____ / ____ / ____

Hora: _____

Nombre: _____

Primer nombre

Apellido

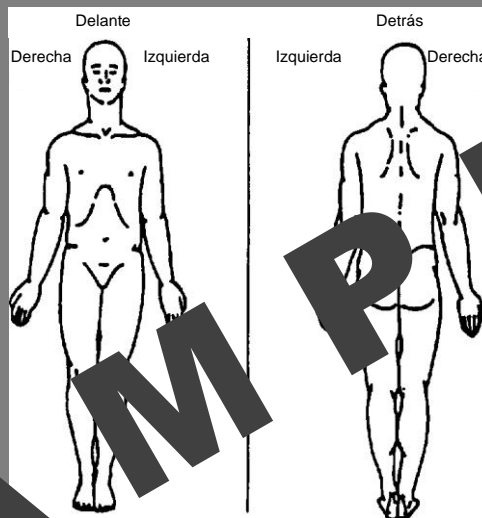
Inicial del
segundo nombre

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

1. Sí

2. No

2. Indique en el diagrama las zonas dónde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una cruz la zona que más le duele.



3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad **máxima** de su dolor en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El Peor Dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad **mínima** de su dolor en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El Peor Dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad **media** de su dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El Peor Dolor imaginable

6. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor **ahora mismo**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor El Peor Dolor imaginable

ESTUDIO N°: _____

NO ESCRIBA SOBRE ESTA LINEA

HOSPITAL N°: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Hora: _____

Nombre: _____

Primer nombre

Apellido

Inicial del
segundo nombre

7. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

8. En las últimas 24 horas, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de **alivio** que ha sentido.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ningún alivio Alivio total

9. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante las últimas 24 horas.

A. Actividad en general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

C. Capacidad para caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

G. Disfrutar de la vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me ha afectado Me ha afectado por completo

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved