



Physical Therapy • Chiropractic • Rehab

## DATOS PERSONALES

Fecha \_\_\_\_\_ Número de Archivo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Su peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MUESTRENOS A DONDE LE DUELE

Por favor señale las áreas donde está lesionado(a) o tiene dolor, así como muestran las figuras de abajo. Marque todas las áreas con el símbolo apropiado e indique el grado de dolor usando la escala del 1 (malestar) al 10 (estremadamente doloroso).

Descripción Símbolo	Insensible NNNN	Hormigueo y Agujas PPPP	Ardor BBBB	Dolor AAAA	Pinchazos SSSS
<p>EJEMPLO</p>	<p>LADO DERECHO</p>	<p>FRENTE</p>	<p>ESPALDA</p>	<p>LADO IZQUIERDO</p>	

Marque con un círculo las áreas de dolor que no están representadas por ningún símbolo.

CONTINUA AL DORSO

