

# Planilla de seguimiento del dolor

Nombre \_\_\_\_\_

## Planilla del dolor

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Máximo dolor								
Dolor habitual								
Comparado con el último								
Satisfacción								
Puntaje de discapacidad								
Revisión de sistemas								
Medicinas para el dolor/Cantidad por día								
Cambios de medicamentos								