

# Diario del dolor

**Instrucciones** La información que usted proveerá en este diario le ayudará a usted y a su doctor a evaluar sus necesidades y hacer un seguimiento de su progreso durante el tratamiento.

1. Para cada hora indicada en la tabla, marque la línea en el punto que corresponde a su dolor.

Clasifique su dolor de Ninguno (0) a Muy intenso (10).

2. Anote los medicamentos tomados del otro lado de la hora cuando los toma.

# Diario del dolor

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Medicina	
	Ninguno		Leve			Moderado			Intenso		Muy intenso		
Ejemplo									X				<i>2 Tylenol</i>
8													
10													
12													
2													
4													
6													
8													
10													
12													
2													
4													
6													
8													
Hoy													

Marque la mejor respuesta:

Comparado con mi último diario del dolor fechado el \_\_\_ mi dolor:

Está mucho mejor    Está un poco mejor    Es igual    Está un poco peor    Está mucho peor

¿Cuán satisfecho está usted con su tratamiento actual para el dolor?

Muy satisfecho    Un poco satisfecho    Un poco insatisfecho    Muy insatisfecho