

Office Use Only

□ 1

Patient #: \_\_\_\_\_

## Pain Drawing

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

### DÍGANOS DONDE LE DUELE TELL US WHERE YOU HURT

**Por Favor Lea Cuidadosamente / Please read carefully:**

Marque las áreas en su cuerpo donde usted siente dolor. Incluya todas las áreas afectadas. Marque las áreas de la radiación. Si su dolor irradia, dibuje una flecha donde comienza y donde para. Extienda por favor la flecha por donde viaja el dolor. Utilice el símbolo apropiado enumerado abajo.

**Dolor / Ache >>>>>**

**Entumecimien / Numbness = = = = =**

**Pernos y Agujas / Pins & Needles o o o o**

**Ardor / Burning x x x x**

**Punsadas / Stabbing // // // //**

**Palpitar / Throbbing ~ ~ ~ ~ ~**

