



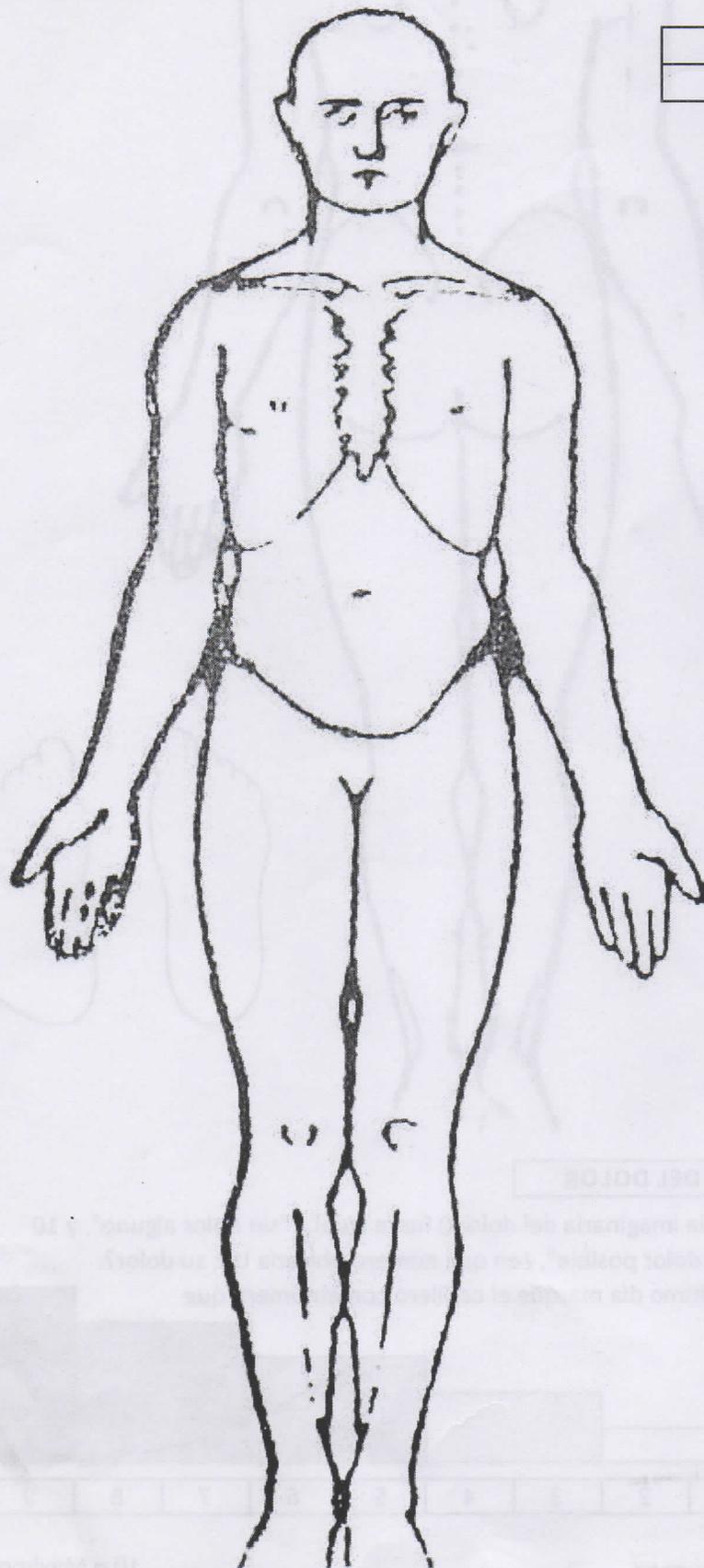
**CEDEFECO**  
Centro de Deformidades de Columna

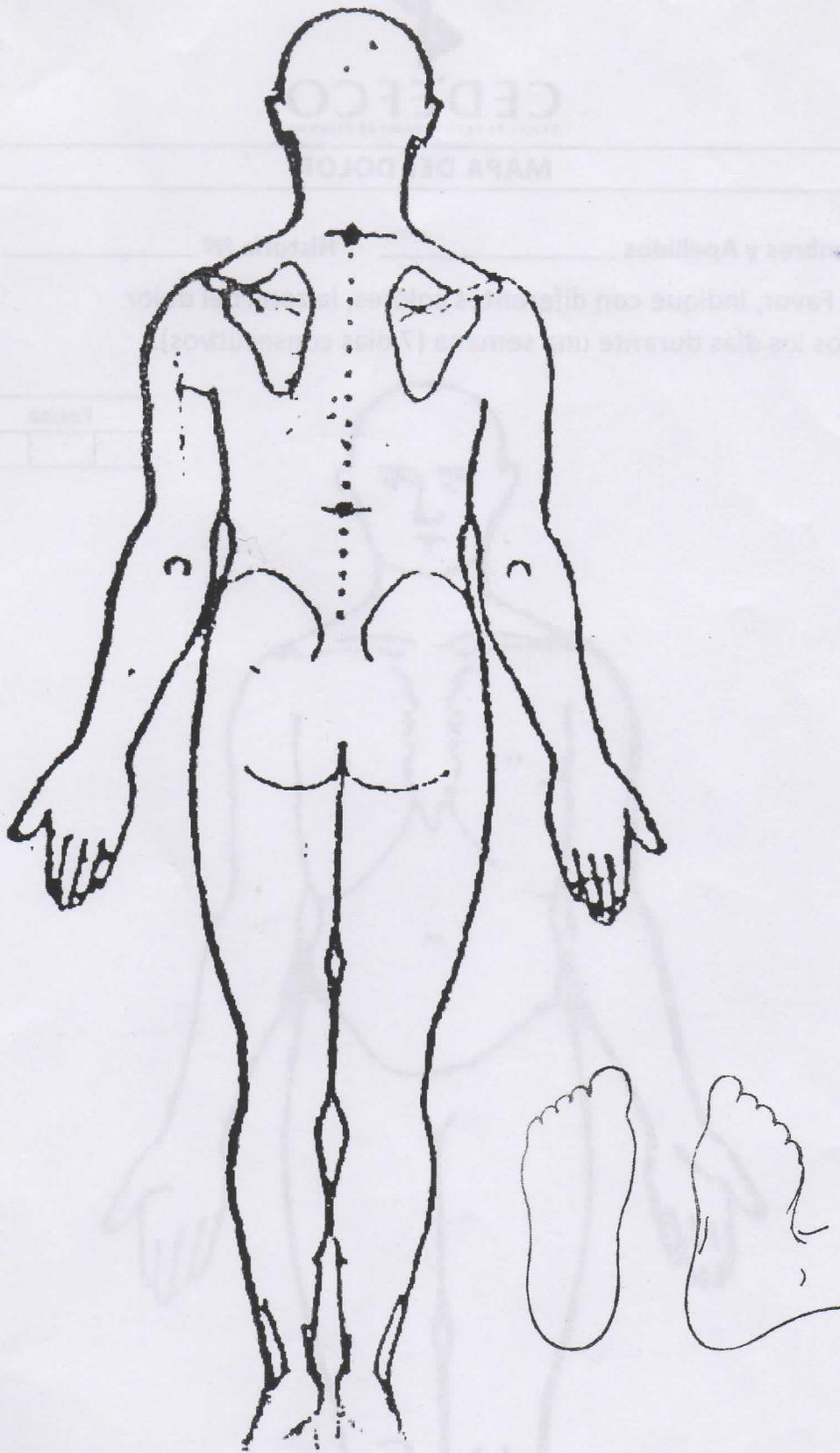
**MAPA DEL DOLOR**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ Historia Nº \_\_\_\_\_

Por Favor, indique con diferentes colores, la zona del dolor todos los días durante una semana (7 días consecutivos).

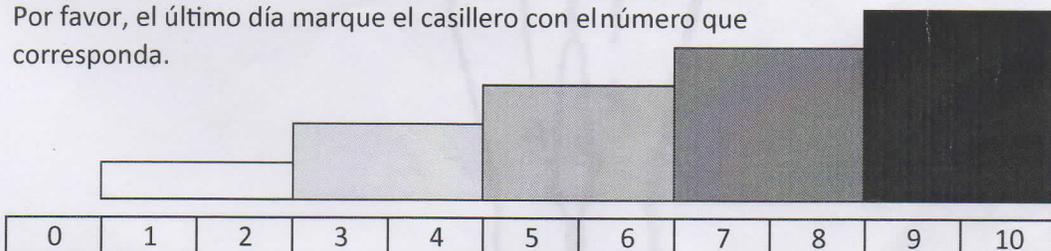
Fecha		





**ESCALA DEL DOLOR**

Si en una escala imaginaria del dolor 0 fuera igual a "sin dolor alguno", y 10 fuera el "peor dolor posible", ¿en que número ubicaría Ud. su dolor? Por favor, el último día marque el casillero con el número que corresponda.



0 = Sin Dolor

10 = Máximo dolor