

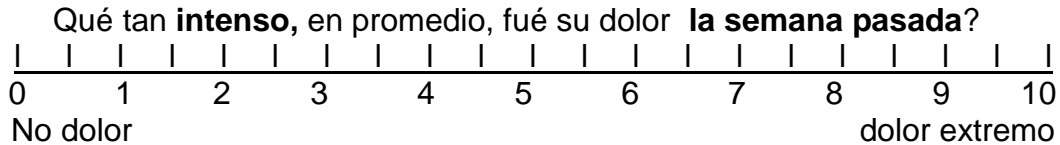
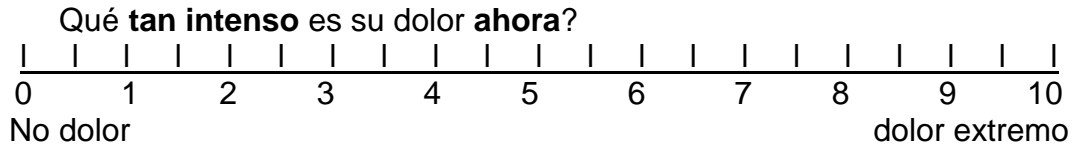
# PAIN RATING SCALE

(Spanish)

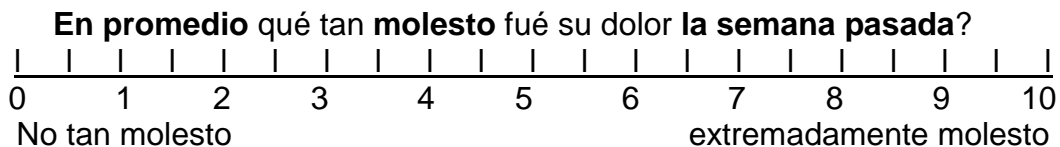
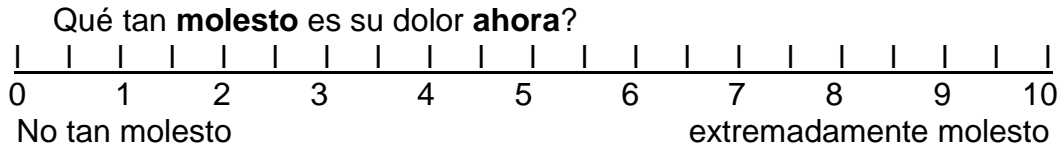
Title: ..... Date:.....  
First Name..... Patient Number: .....  
Surname..... Clinic: .....

---

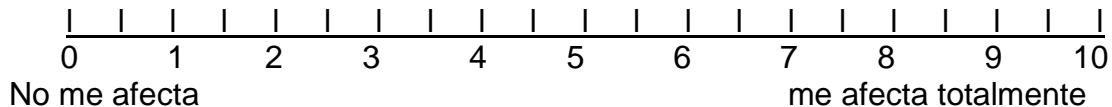
Por favor marque en la escala de abajo para mostrar que tan intenso es su dolor.  
El cero (0) significa no dolor, y diez (10) significa dolor extremadamente fuerte.



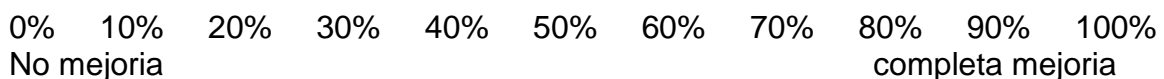
Ahora use el mismo método para describir que tan **molesto** es su dolor.



Ahora use el mismo método para describir **como le afecta el dolor** en sus actividades normales de cada día.



Si usted ha tenido un tratamiento para su dolor, cuánto le ha ayudado a reducir (quitar ) el dolor?



**The Pain Society**

An alliance of professionals advancing the understanding and management of pain for the benefit of patients

ThePainSociety2003

[www.painsociety.org](http://www.painsociety.org)

Charity no. 278685