

Nombre \_\_\_\_\_

Archivo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Marque las áreas de su cuerpo donde siente las sensaciones descritas abajo.

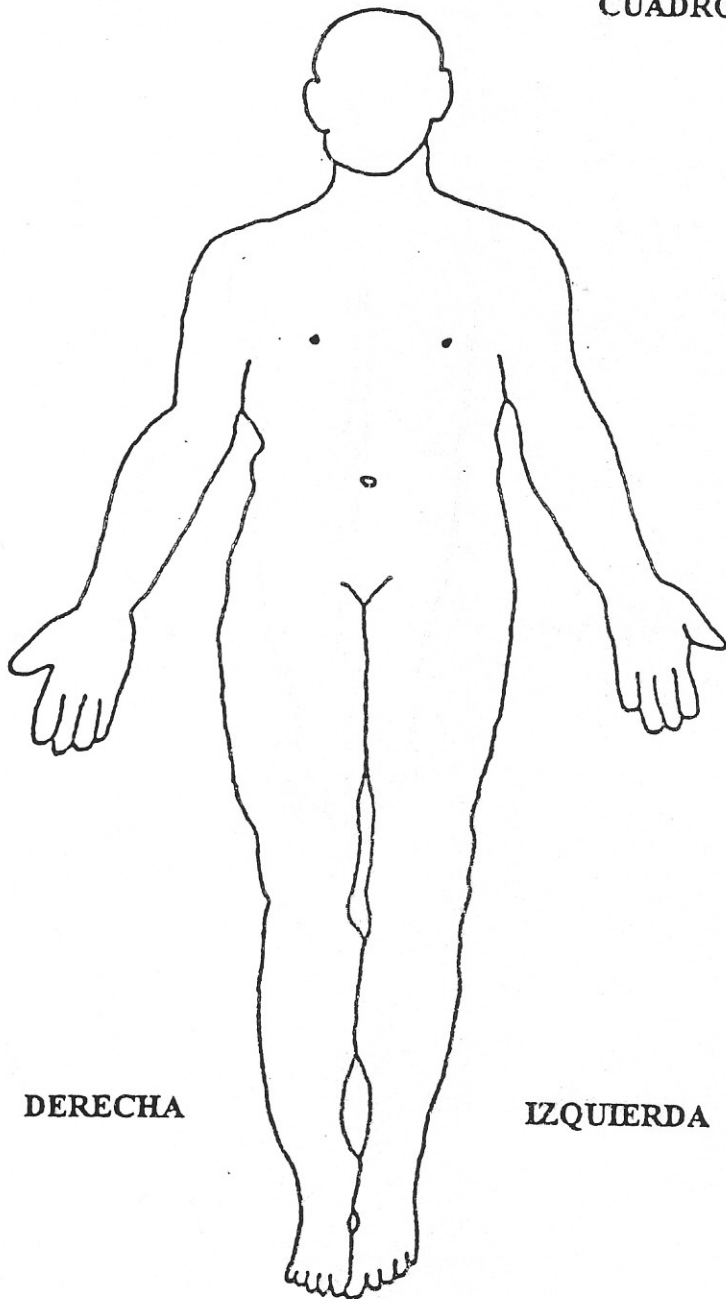
\* Use los símbolos apropiados.

\* Marque las áreas de irradiación (hacia dónde se distribuyen)

\* Incluya todas las áreas afectadas

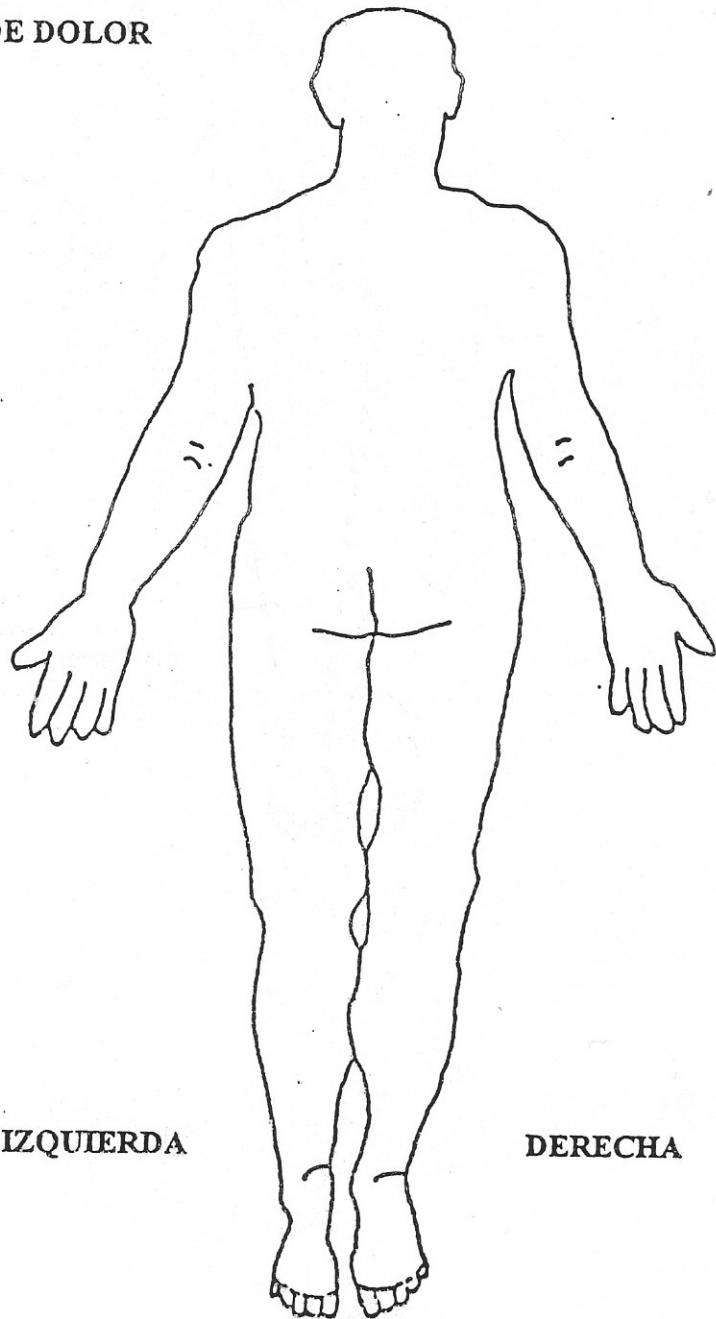
| Entumecimiento | Alfileres y agujas | Quemazón | Dolor | Puñalada  |
|----------------|--------------------|----------|-------|-----------|
| =====          | 0000000            | XXXXXXXX | ***** | ///////// |
| =====          | 0000000            | XXXXXXXX | ***** | ///////// |
| =====          | 0000000            | XXXXXXXX | ***** | ///////// |

### CUADRO DE DOLOR



DERECHA

IZQUIERDA



IZQUIERDA

DERECHA