

PAIN DIAGRAM FORM

Patient Name / Nombre del Paciente

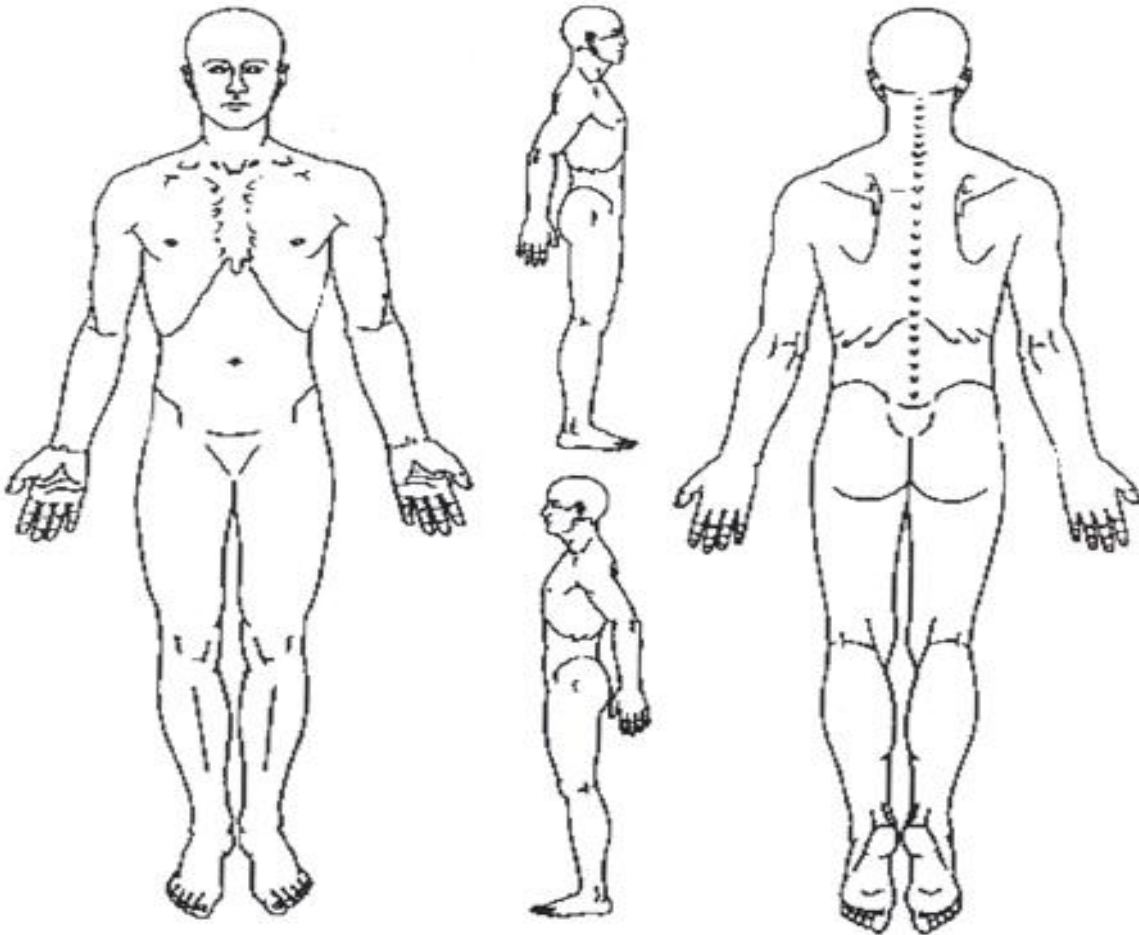
DOB / Fecha de Nacimiento

Date / Fecha

How Long Have You Had Pain _____ Years _____ Months _____ Weeks.

Desde Hace Cuanto Tiene el Dolor _____ Años _____ Meses _____ Semanas

On the Diagram Below, Please Indicate Where You Are Experiencing Pain or Other Symptoms.
En el Siguiete Diagrama, Favor Indicar Donde Esta Usted Experimentando Dolor u Otros Síntomas.



A = Ache / Molestia - Dolor
P = Pins and Needles / Hormigueo

B = Burning / Quemazón
S = Stabbing / Punzadas

N = Numbness / Adormecimiento
O = Other / Otro