

Escala de Molestia/Dolor

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Piense en cada escala a continuación como un termómetro. Para cada parte del cuerpo indicado informe el promedio de incomodidad de los últimos siete días. Coloque una "X" en la línea cuadrada marcada con "I" para informar la incomodidad en su lado izquierdo, y una "X" en la línea cuadrada inferior marcada con "D" para informar la incomodidad en su lado derecho.

Ninguno Comenzando Leve Moderado Severo Insoportable
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DOLOR DE OIDO | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OIDO TAPADO | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SONIDO DE CLICK EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DOLOR DE CABEZA | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DOLOR EN LA CARA | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| BRAZO Dolor / Hormigueo / Adormecimiento | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CUELLO Dolor / Rigidez | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ESPALDA ALTA Dolor / Rigidez | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ESPALDA BAJA Dolor / Rigidez | I | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | |

¿Qué cambios ha sentido desde su última visita? _____

¿En que momento sus síntomas empeoraron? _____
