

Cuestionario de Acupuntura



Escriba su nombre: _____ Su relación con el participante: _____

Nombre del participante: _____ Número de Seguro Social del participante: _____

FOR OFFICE USE ONLY	Please fax completed forms to 702-691-5620 .
Reason for visit _____	Date _____ Visit number _____

Necesitamos su ayuda para saber si su tratamiento de acupuntura está funcionando. Por favor ayúdenos respondiendo a las siguientes preguntas sobre su dolor.

- Por favor responda a cada pregunta marcando una sola casilla por hilera.
- Las respuestas deberán ser sobre cómo se ha sentido en la última semana.

Cuánto dolor tiene usted



No tuve/
tengo dolor
Leve
Moderado
Fuerte
Muy fuerte

¿Qué tan fuerte fue el peor dolor que tuvo usted?

¿Qué tan fuerte fue su dolor cada día?

¿Qué tan fuerte es su dolor ahorita?

Cómo le afecta el dolor

Para nada

Un poco

Más o menos

Bastante

Demasiado

¿Qué tanto interfirió el dolor en sus actividades en el trabajo?

¿Qué tanto interfirió el dolor en sus actividades en el hogar?

¿Qué tanto interfirió el dolor en sus actividades sociales?