# Diario del dolor

Usa la escala de caritas para anotar qué tan fuerte es el dolor

Nombre: _____ Semana del: _____



**0** Sin dolor

**2** Leve

**4** Moderado

**6** Fuerte

**8** Muy fuerte

**10** Insoportable

| Fecha y hora | Dónde duele | Intensidad (0 a 10) | Qué lo provocó | Qué tomé | ¿Mejoró? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |
| | | | | | ☐ Sí ☐ No |