



PESI

Professional Exam Services Inc.

2233 E. Grauwyler Road, Ste 107
Irving, TX 75061
Ph: (972)659-1235
Fax: (972)223-2626
www.professionalexamservices.com

DOLOR (AUTO-EVALUACION DE SEVERIDAD)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Encierra un numero para cada pregunta

A. Evalúe cuán severo es su dolor ahora, en este momento? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No dolor El mas severo que pueda imaginar	E. En que medida su dolor interfiere con su habilidad de dormir? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No me impide dormir Imposible dormir
B. Evalúe cuán severo es su dolor cuando se siente de lo peor. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Atroz, terrible	F. En que medida interfiere su dolor con su habilidad de participar en actividades sociales? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere con mis actividades sociales Completamente interfiere con mi actividad social
C. E Evalúe cuán severo es su dolor en promedio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Atroz, terrible	G. En que medida interfiere su dolor con su habilidad de viajar en auto hasta 1 hora? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere con mi habilidad de viajar 1 hour en auto Completamente incapaz de viajar 1 hora en auto
D. Evalúe cuán severamente se ve agravado su dolor por una actividad diaria. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Actividad no agrava el dolor Atroz despues de cualquier actividad	H. En general, en que medida interfiere su dolor en sus actividades diarias? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere con mis actividades diarias Completamente interfiere con mis actividades diarias
E. Evalúe cuán frecuentemente experimenta dolor. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Raramente Todo el tiempo	I. En que medida limita sus actividades para evitar que su dolor empeore? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No limito actividades Totalmente limito actividades
II. Limitacion o Intererencia en Actividades A. En que medida interfiere su dolor en su habilidad de caminar 1 cuadra? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No restringe mi habilidad de caminar El dolor me hace imposible caminar	J. En que medida su dolor interfiere en su relacion con su familia o pareja? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere con relaciones Totalmente interfiere con relaciones
B. En que medida le impide el dolor levantar 10 libras (una bolsa de comestibles)? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No me impide levantar 10 libras Imposible levantar 10 libras	K. En que medida su dolor interfiere con su habilidad de hacer cosas en la casa? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere Totalmente incapaz de hacer cosas en la casa
C. En que medida el dolor interfiere con su habilidad de sentarse por ½ hora? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No restringe mi habilidad de sentarme por ½ hora Imposible sentarme por ½ hora	L. En que medida su dolor interfiere con su habilidad de banarse sin la ayuda de algun mas? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere para nada Mi dolor me impide banarme sin ayuda
D. En que medida su dolor interfiere con las habilidad de estar de pie ½ hora? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere con mi habilidad de estar de pie Me impide estar de pie	M. En que medida su dolor interfiere con su habilidad de escribir a mano o a maquina? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No interfiere para nada Mi dolor me hace imposible escribir



PESI

Professional Exam Services Inc.

2233 E. Grauwyler Road, Ste 107
Irving, TX 75061
Ph: (972)659-1235
Fax: (972)223-2626
www.professionalexamservices.com

DOLOR (AUTO-EVALUACION DE SEVERIDAD)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Encierra un numero para cada pregunta

N.En que medida interfiere su dolor con su habilidad de vestirse solo(a) ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere para nada					Mi dolor me hace imposible vestirme solo(a)					
O.En que medida su dolor interfiere con su habilidad de tener relaciones sexuales ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere para nada					Mi dolor me imposibilita tener cualquier actividad sexual					
P.En que medida interfiere su dolor con su habilidad de concentracion ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					Todo el tiempo					
III. Reporte Individual del Efecto del Dolor en el Humor										
A.Evalue su humor durante la semana pasada.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Extremadamente bueno					Extremadamente malo					
B.Durante la semana pasada, cuando ansioso o preocupado ha estado por su dolor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada ansioso / preocupado					Extremadamente deprimido					
C.Durante la semana pasada, cuando deprimido(a) ha estado a causa de su dolor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para nada deprimido					Extremadamente deprimido					
D.Durante la semana pasa, cuan irritable ha estado a causa de su dolor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para nada irritable					Extremadamente					
E.En general, cuan ansioso/preocupado esta de hacer ciertas cosas porque podrian causar que su dolor o sintomas empeoren ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada ansioso/preocupado					Extremadamente ansioso/preocupado					