

# DIARIO ENDO

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Diario de dolor y síntomas de la semana: \_\_\_\_\_ (mes)

Del \_\_\_\_ (día) al \_\_\_\_ (día), \_\_\_\_\_ (año)

**Peso:** \_\_\_\_\_ kg

**Altura:** \_\_\_\_\_ mt

¿Ha habido una fluctuación en ellos últimamente? En caso de ser afirmativo, explícalo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirugías recientes, ya sea de tipo diagnóstico u otros, si es así menciona cuáles (laparoscopia o cirugía pélvica, pielograma intravenoso o urografía, colonoscopia, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En qué fechas fueron realizados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombres de los médicos que realizaron los procedimientos mencionados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos que tomas actualmente o que dejaste de tomar recientemente (Incluye los medicamentos controlados, los que no y la herbolaria):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Piensa en cuánto afecta el dolor tus actividades diarias.**

¿Cuánto dolor tienes en promedio diariamente?

---

---

¿Qué tan seguido tienes el dolor?

---

---

¿Hay una hora del día en donde sientes que el dolor se incrementa?

---

---

¿Algunas actividades apaciguan o desaparecen el dolor?

---

---

¿El dolor va y viene?

---

---

¿Qué ayuda a aliviar el dolor?

---

---

¿Qué tan molesto y disruptivo es el dolor en tu vida?

---

---

¿Qué es lo que crees que causa el dolor?

---

---

