

---



# Pain Journal

---



Un Diario Guiado de 30 Días



Híbrido

Creado con Loomjournals

---

# Cómo Usar Este Diario

---

¡Bienvenido a tu diario! Aquí tienes algunos consejos para aprovecharlo al máximo:

- 1 Dedicar unos minutos cada día a escribir
- 2 Sé honesto y escribe libremente, sin juzgarte
- 3 Intenta escribir a la misma hora cada día para crear un hábito
- 4 Revisa tus entradas semanalmente para notar patrones

- 
- Rate your pain level on the 1-10 scale and note the location and type of pain
  - Record the duration of pain episodes and check off medication and exercise
  - Rate your mood, sleep quality, and stress level to capture the full picture
  - Write about your pain experience, possible triggers, and what helped or made it worse
  - Describe how pain affected your daily activities, work, and social life



Escanea para una guía detallada sobre cómo usar este diario

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...)*

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

Tipo de dolor: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Medicación:

Ejercicio:



**Notas de dolor** *(describe tu experiencia de dolor hoy: como se sintio, cuando comenzo, como cambio)*

---

---

---

**Detonantes** *(que causo estos sentimientos? eventos, personas, pensamientos)*

---

---

---

**Qué ayudó** *(que te trajo alivio? anota lo que funciona para poder usarlo de nuevo cuando la ansiedad aum...*

---

---

---