



## DN4

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando *Sí* o *No* en la casilla correspondiente:

### Entrevista

**Pregunta 1.** ¿Tiene el dolor alguna de estas características?

		Sí	No
1	Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Descarga eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pregunta 2.** ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

		Sí	No
4	Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Examen físico

**Pregunta 3.** ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorida?

		Sí	No
8	Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pregunta 4.** El dolor en la zona dolorida puede ser causado o intensificado por:

		Sí	No
10	El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cada respuesta afirmativa se puntúa con 1 y cada respuesta negativa, con 0.

Puntuación (= suma de todos los puntos)	/10
---	-----