FOLIO:

NO.	PACIENTE	SE REALIZO VALORACION DE ESCALA DE DOLOR		TURNOS			EL DOLOR SE CONTROLO DE MANERA EFICAZ			OBSERVACIONES	NOMBRE DE LA ENFERMERA QUE REALIZO VALORACION
		SI	*NO*	*MATUTINO*	*VESPERTINO*	*NOCTURNO*	*MATUTINO*	*VESPERTINO*	*NOCTURNO*		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											