

HISTORIAL DE DOLOR DE CABEZA

1. ¿Cuándo comenzaron tus dolores de cabeza? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuán frecuentes son? (#)  
a. Diarios \_\_\_\_\_ b. Semanales \_\_\_\_\_ c. Mensuales \_\_\_\_\_ d. Otros \_\_\_\_\_
3. ¿Cuán fuertes son?  
a. Livianos \_\_\_\_\_ b. Moderatos \_\_\_\_\_ c. Severos \_\_\_\_\_ d. Incapacitantes \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo describirías tu dolor?  
a. Latente \_\_\_\_\_ d. Punzante \_\_\_\_\_ g. Apretados \_\_\_\_\_  
b. Pulsante \_\_\_\_\_ e. Amortiguado \_\_\_\_\_ h. Toque eléctrico \_\_\_\_\_  
c. Penetrante \_\_\_\_\_ f. Molestoso \_\_\_\_\_ i. Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Cuánto tiempo dura el dolor?  
a. Una hora o menos \_\_\_\_\_ d. Constante \_\_\_\_\_  
b. Dos a 24 horas \_\_\_\_\_ e. Otro \_\_\_\_\_  
c. Mas de 24 horas \_\_\_\_\_
6. ¿Tienes algún otro síntoma con el dolor de cabeza?  
a. Náuseas \_\_\_\_\_ g. Secresiones nasales \_\_\_\_\_  
b. Vómitos \_\_\_\_\_ h. Mareos \_\_\_\_\_  
c. La luz molesta \_\_\_\_\_ i. Dolor de cuello \_\_\_\_\_  
d. El ruido molesta \_\_\_\_\_ j. Otro \_\_\_\_\_  
e. Lagrimeo \_\_\_\_\_ k. Adormecimiento \_\_\_\_\_  
f. Congestión nasal \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
7. ¿Algun familiar padece de dolores de cabeza?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Tienes algún aviso de que te va empezar el dolor de cabeza?  
¿Cómo? \_\_\_\_\_

9. Marque los lugares de la cabeza donde te duele, en el diagrama que sigue.

