

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.

