

DIARIO DEL DOLOR DE CABEZA

Nombre del paciente : _____

FECHA:				
Hora cuando empezó el dolor de cabeza				
Hora cuando terminó el dolor de cabeza				
Señales de aviso (aura)				
Donde estaba el dolor localizado				
Tipo de dolor: (apremiante, punzante, palpitante)				
Intensidad del dolor: Encierre con un círculo a la derecha.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Otros síntomas: (náusea, vómitos)				
Medicamento tomado / otro tratamiento				
Efecto del tratamiento				
Cómo el dolor de cabeza afectó mi rutina normal				
Horas sueño la noche antes del dolor de cabeza				
Qué comí antes del dolor de cabeza: (cafeína, soda de dieta, chocolate, hot dogs, alimentos con azúcar artificial, alimentos procesados)				
Actividades realizadas antes que empezara el dolor de cabeza				
Eventos importantes o estresantes que ocurrieron hoy				
Comentarios				