



Dolor de Cabeza - Cuestionario Diagnostico

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de

Nacimiento: _____

1) ¿Cuánto tiempo ha estado sufriendo de dolores de cabeza?
2) ¿Qué edad tenía cuando comenzó el dolor de cabeza?
3) ¿Sabe cuándo un dolor de cabeza viene (Aura)?
4) ¿Con qué frecuencia sufre un dolor de cabeza?
5) Por favor, describa los factores agravantes o precipitantes:
6) ¿Cuánto duran los dolores de cabeza?
7) ¿Dónde se localiza el dolor?
8) Describa el dolor:
9) Evalúe su dolor en una escala de 1-5: 1 2 3 4 5
10) ¿Hay otras síntomas?
11) ¿Hay síntomas visuales?
12) ¿Tiene antecedentes familiares de dolores de cabeza?
13) ¿Cómo el impacto dolores de cabeza de tu vida?
14) Son incapacitantes los dolores de cabeza? Puede trabajar? ¿Tiene que acostarse?
15) Previa medicación(es) que han intentado:
16) El tratamiento actual en su caso:
17) Cualquier información adicional: