



**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 de 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 otros síntomas?
11) ¿Hay síntomas visuales?
12) ¿Tiene antecedentes familiares de dolores de cabeza?
13) ¿Cuál es el impacto de los dolores de cabeza en su vida?
14) Son incapacitantes los dolores de cabeza?      Puede trabajar? ¿Tiene que acostarse?
15) Estudios diagnósticos hechos previamente:
16) Previa medicación(es) que han intentado:
17) El tratamiento actual en su caso:
18) Cualquier información adicional: