



CEFALEAS

- ¿Tenés antecedentes familiares de dolor de cabeza? SI NO
- ¿Sufrís dolores de cabeza? Indicá hace cuánto tiempo: años meses
- ¿Cuántos días a la semana o al mes te duele la cabeza? días a la semana días al mes
- De 1 a 10, ¿cómo clasificarías la intensidad de tus dolores de cabeza?
- En período de vacaciones, ¿desaparecen tus dolores de cabeza? SI NO
- ¿Qué medicamentos consumís cuando tenés dolores de cabeza?
- El dolor de cabeza es: UNILATERAL BILATERAL
- El dolor de cabeza que sentís es:
PULSÁTIL OPRESIVO (como un casco que le presiona la cabeza) URENTE (sensación de ardor)
- ¿El dolor se presenta a alguna hora específica del día o estación del año? SI NO
MAÑANA TARDE NOCHE EN ALGUNA ESTACIÓN DEL AÑO
¿cuál?:.....
- ¿Relacionás tus dolores de cabeza con algún estímulo externo, tales como comidas, horas de sueño, cambios de altura, stress, consumo de alcohol, tabaco, espacios cerrados, etc? SI NO
Especifícá:
- Cuando sufrís de dolores de cabeza, ¿podés realizar tus actividades de la vida diaria? SI NO
- Junto con los dolores de cabeza, ¿sentís algún malestar asociado previo al comienzo de tus dolores, tales como náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, etc? SI NO
¿Cuáles?
- ¿Sentís que tu dolor de cabeza aumenta con el movimiento? SI NO
- Si tuvieras que clasificar tu tipo de personalidad, ¿cuál sería? (marcá la o las que correspondan)

<input type="checkbox"/> METICULOSA <input type="checkbox"/> AUTOEXIGENTE	<input type="checkbox"/> OBSESIVA <input type="checkbox"/> DEPRESIVA	<input type="checkbox"/> PERFECCIONISTA <input type="checkbox"/> INTROVERTIDA	<input type="checkbox"/> ANSIOSA <input type="checkbox"/> COMPETITIVA
--	---	--	--