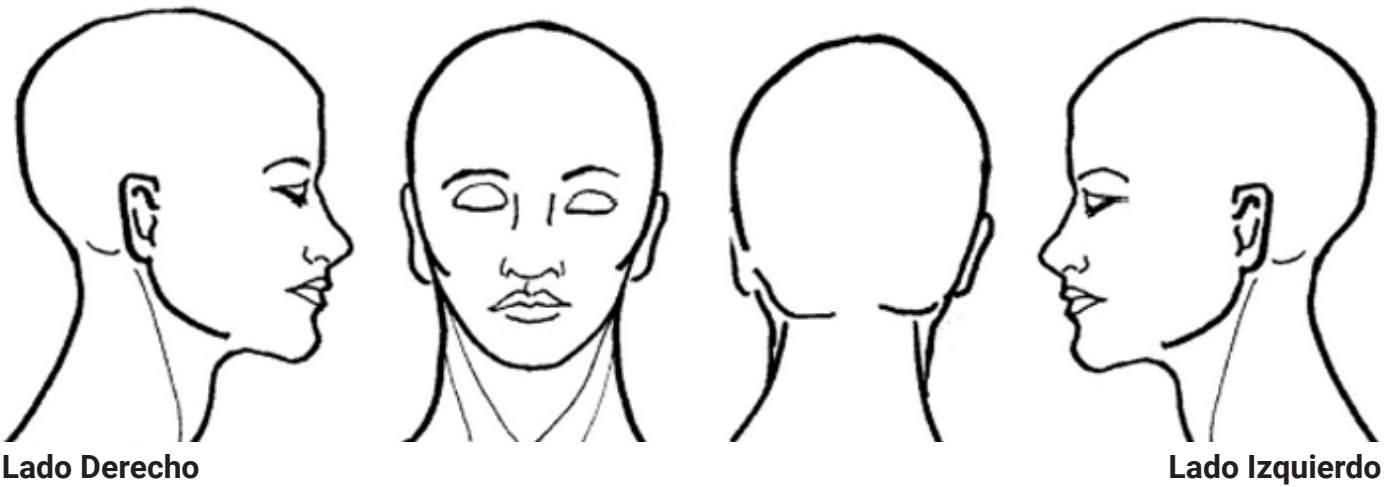


DIAGRAMA DE DOLOR DE CABEZA

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Si no tiene dolor de cabeza, marque esta casilla.

Si siente dolor en la cabeza, use este diagrama para mostrar "dónde" en la cabeza.
 Utilice las marcas que se muestran a continuación para proporcionar detalles.
 (Por favor, tómese su tiempo y sea lo más preciso posible)



Dolor activo 
 Entumecida 
 Alfileres y Agujas 
 Incendio 
 Irradiando Dolor 

Qué tan fuerte es tu dolor de cabeza en este momento? (1=sin dolor 10=peor dolor)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qué tan grave es su dolor de cabeza en su peor momento?					Qué tan malo es su dolor de cabeza en su mejor momento?				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qué tan constante es su dolor de cabeza como ahora?									
<input type="radio"/> Continuo		<input type="radio"/> Posicional		<input type="radio"/> Intermitente (encendido/apagado)			<input type="radio"/> No se puede calificar		