DIARIO DE CEFALEAS - DIAGNOSTICO

Dra. Fiorella Martin Bertuzzi

MN 136272

NOMBRE Y APELLIDO: _____

MES: _____ AÑO: _____

FECHA MENSTRUACION: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Dia de la Semana																															
Intensidad																															
1: Fastidio o molestia de trabajar 3: Debe acostarse																															
Localización																															
Unilateral (D - I)																															
Bilateral																															
Duración (horas)																															
Tipo de dolor																															
Pulsatil																															
Opresivo																															
Pesadez																															
Puntadas																															
Quemante																															
Stmas. Acompañantes																															
Nauseas																															
Vomitos																															
Molestias a la luz																															
Molestias con sonidos																															
Aumenta con esfuerzos leves																															
Trastornos visuales																															
Hormigueos																															
Analgésicos																															