DIARIO DE DESENCADENANTES ALIMENTARIOS

NOMBRE Y APELLIDO: _____

MES: _____ AÑO: _____

Estimado paciente:
En este diario, debe completar si consumió alguno de los alimentos marcados, así como si tuvo dolor de cabeza y con que intensidad (1=leve; 2=moderado; 3=severo)

	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
Dolor de cabeza																															
Intensidad																															
Alimentos																															
Chocolate																															
Cítricos																															
Nueces																															
Helado																															
Tomate																															
Cebolla																															
Harina de trigo																															
Salsa de Soja y derivados																															
Productos Enlatados																															
Otro: _____																															
Productos Lácteos																															
Leche																															
Queso duro																															
Queso blando																															
Otro: _____																															
Bebidas																															
Cerveza																															
Vino tinto																															
Vino blanco																															
Fernet																															
Vodka																															
Ron																															
Whisky																															
Café																															
Mate																															
Té negro																															
Otro Te																															
Otro: _____																															
Otro: _____																															