

CALENDARIO DE DOLORES DE CABEZA



	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Intensidad del dolor (1) Leve; (2) Moderado; (3) Grave										
Más fuerte en un lado										
Como si me dieran golpes										
Como si me apretaran la cabeza										
Me impide la actividad habitual										
Aumenta con los esfuerzos físicos										
Con náuseas										
Con vómitos										
Me molesta la luz										
Me molestan los ruidos										
Dura aproximadamente (en horas)										
No voy a clase por el dolor de cabeza										
Antes del dolor he tenido sensaciones en la vista										
He tenido mareos										
Respuesta a los analgésicos (1) Eficaz; (2) Regular; (3) Ineficaz										