

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Fecha de hoy ___/___/___

Responda lo mejor posible. La información ayuda a atender al niño y quizás sirva para investigación científica. Las preguntas están basadas en el cuestionario que llenó en la primera visita.

Marque todo lo que corresponda.

1. ¿Ha cambiado el dolor de cabeza desde la primera visita?

 Mejor Igual Peor

 2. ¿Ha cambiado la intensidad? Sí No

 En promedio, ¿cuál es la intensidad del dolor de cabeza (elija **UNO**)?

 Leve Moderada Intensa

Indique la intensidad en una escala de 0-10 (10 = el peor):

El más leve: _____ El peor: _____ Promedio: _____

 3. ¿Ha cambiado la frecuencia? Sí No

4. ¿Cuál es la frecuencia actual?

 <1/mes 1 a 3/mes 1/semana 2 a 3/semanas > 3/semana Diaria
 Siempre Otro _____

 5. ¿Cuántos días **AL MES** tiene dolor de cabeza? _____

 6. ¿Hay signos antes de comenzar el dolor? (auras) Sí No

 Visuales Auditivos Sensoriales Olores Gusto Explique: _____

7. ¿Es el dolor en un solo lado de la cabeza [_] o en ambos lados [_]?

¿Dónde siente el dolor en la cabeza?

 Ambas sienes/lados Lado izquierdo Lado derecho Adelante Arriba
 Atrás Alrededor de los ojos Detrás de los ojos Por todas partes Otro _____

8. ¿Cómo es el dolor?

 Pulsante Compresivo Puñaladas Pinzamiento Presión Quemante
 Intenso y repentino Constante Sordo "Ahí" Otro _____

9. ¿Qué síntomas tiene con el dolor de cabeza?

 Náusea Vómitos Sensibilidad a la luz Sensibilidad a los sonidos Sensibilidad a los olores
 Desvanecimiento Sensación de dar vueltas Ojos llorosos Goteo nasal Menos apetito
 Dolor de estómago Cansancio Zumbido en los oídos Cambios en la visión
 Confusión o dificultad para pensar Dificultad para caminar/usar los brazos/hablar Otro _____

 10. ¿Tiene nuevos síntomas? Sí No ¿Cuáles? _____

 11. Durante un dolor de cabeza fuerte: ¿Le duele el cráneo? Sí No ¿Le duele el cuello? Sí No

 ¿Le duele el cabello? Sí No ¿Le duelen los brazos o las piernas? Sí No

 Indique si siente dolor al hacer lo siguiente: Peinarse Ducharse -regadera- (caliente/fría) Lavarse la cara

 Indique si siente dolor al llevar lo siguiente: Coleta Pendientes Collar Sombrero Mochila

 Anteojos Lentes de contacto Auriculares Ropa ceñida

Estos síntomas empiezan a los _____ minutos de sentir el dolor de cabeza.

12. ¿Cuántos MINUTOS tarda el dolor de cabeza en alcanzar la máxima intensidad? _____

13. ¿Cuántas HORAS dura el dolor de cabeza? Más corto: _____ Más largo: _____ Promedio: _____

 14. ¿El dolor de cabeza sigue un patrón? Sí No ¿Cuál? _____


15. ¿Tiene dolor de cabeza a una hora particular del día? Sí No
 Al despertar Por la mañana Primera hora de la tarde Última hora de la tarde
 Por la noche Mientras duerme
16. ¿Tiene dolor de cabeza en una estación particular? Sí No ¿Cuál? _____
17. ¿Qué medicamentos toma para aliviar el dolor de cabeza? _____
18. ¿La medicación ayuda? Sí No Explique: _____

19. ¿Lo internaron o visitó la sala de emergencias por dolor de cabeza desde la última visita? Sí No
 Fechas _____

20. Días de escuela perdidos por dolor de cabeza desde la última visita: _____

21. ¿La cantidad de actividad cambia por tener dolor de cabeza (por ejemplo, deja de jugar)? Sí No
22. ¿Aumenta el dolor de cabeza con la actividad o el juego? Sí No
23. ¿Aumenta el dolor de cabeza cuando sube escaleras? Sí No No corresponde
24. ¿Ha habido cambios en la salud? Sí No
25. ¿Tiene algún otro problema de salud en este momento? Sí No

Explique: _____

DISCAPACIDAD POR DOLOR DE CABEZA

Las preguntas siguientes tratan de evaluar cuánto afecta el dolor de cabeza la actividad cotidiana. **Base sus respuestas en los tres últimos meses.** No hay respuestas correctas ni equivocadas.

- 1a. ¿Cuántos días completos de escuela perdió por el dolor de cabeza? _____
- 1b. ¿Cuántos días parciales de escuela perdió por el dolor de cabeza (no cuente los días completos indicados en la primera pregunta) _____
2. ¿Cuántos días funcionó a menos de la mitad de su capacidad en la escuela por el dolor de cabeza (no cuente los días indicados en las dos primeras preguntas)? _____
3. ¿Cuántos días no pudo hacer cosas en la casa (tareas domésticas, de la escuela, etc.) por el dolor de cabeza? _____
4. ¿Cuántos días no participó en otras actividades por un dolor de cabeza (jugar, salir, deportes, etc.)? _____
5. ¿Cuántos días participó en estas actividades, pero funcionó a menos de la mitad de su habilidad (no cuente los días indicados en la pregunta 4)? _____

Hábitos saludables

Beber: ¿Cuánta agua bebe al día? _____ vasos de 8 onzas O _____ onzas en total
 ¿Bebe bebidas con cafeína? Sí No ¿Cuántos días a la semana? _____
 ¿Bebe agua en la escuela? _____ ¿Con una botella de agua? _____ ¿Tiene problemas? _____

Ejercicio: ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? _____

Comer: ¿Se salta comidas? Sí No ¿Qué comidas? Desayuno Almuerzo Cena
 ¿Cuántas comidas se salta por semana? _____ ¿Come verduras con regularidad? Sí No

Dormir: ¿Cuántas horas duerme por la noche? _____ Se acuesta a las _____ Se despierta a las _____
 ¿Tiene dificultad para dormir? Sí No Minutos que tarda en quedarse dormido _____
 ¿Tiene más dolores de cabeza en un día concreto de la semana? Sí No
 Indique qué días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Menstruación (para mujeres solamente)

¿Ha tenido la primera regla/menstruación? Sí No No sé No corresponde

¿Son sus reglas regulares? Sí No No sé No corresponde

¿Nota que tiene dolor de cabeza o el dolor de cabeza empeora con las reglas?
 Sí No No sé No corresponde

Si no ha tenido la regla O acaba de empezar con ellas, ¿ha notado un patrón mensual en el dolor de cabeza?
 Sí No No sé No corresponde

Ayúdenos a poner al día la historia clínica del niño.

¿Hospitalizaron al niño o fue a la *sala de emergencias* desde la última visita? Sí No

¿Dónde y cuándo? _____

¿Qué medicamentos toma el niño? _____

REVISIÓN GENERAL DEL ORGANISMO: ¿El niño tiene alguno de los siguientes trastornos?

Constitucional: Fiebre Pérdida de peso Aumento de peso Pérdida del apetito Mayor apetito

Pulmonar: Sibilancia Neumonía Respiración dificultosa Resfriados frecuentes Tos crónica

Cardiovascular: Presión sanguínea Soplo cardíaco Respiración dificultosa o Mareo con el esfuerzo

Problemas digestivos: Náuseas Vómitos Diarrea Estreñimiento Sonda gástrica
 Obesidad Retardo del crecimiento

Génitourinario: Infección urinaria recurrente Incontinencia

Dermatológico: Erupciones cutáneas Manchas de nacimiento

Hematología: Moretones frecuentes Tendencia al sangrado Sangrado por la nariz

Dormir: Dificultad para permanecer dormido Se queda dormido Duerme demasiado

Endocrino: Signos de pubertad Problemas de tiroides Sudoración excesiva Hambre excesiva
 Sed excesiva Orina excesiva Siempre siente mucho frío Siempre siente mucho calor

Musculoesquelético: Dolor muscular Caminar torpe Mala postura

Conductual: Depresión Ansiedad Atención Hiperactividad

Auditivo/Vocal: Problemas de oído o del habla Infecciones de oído recurrentes Problemas al tragar o se atraganta

NEUROLOGÍA:

¿Ha tenido el niño recientemente o tiene ahora alguno de estos síntomas? (Marque lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambios de conducta | <input type="checkbox"/> Cambio en el rendimiento escolar |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Sudor/Lagrimo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello o espalda | <input type="checkbox"/> Desmayos o pérdida del conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la fuerza o coordinación | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/Pérdida de peso sin causa conocida | <input type="checkbox"/> Cambios en la función intestinal o de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Problemas al tragar | <input type="checkbox"/> Cambio en el apetito |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído | <input type="checkbox"/> Visión doble/Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Problemas al dormir | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento u hormigueo | |

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Practitioner Signature

Date

Time

Practitioner Printed Name