

Nombre del paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad** _____ **Sexo:** M o F

Médico de cabecera: _____

Responda lo mejor posible. Marque la respuesta. La información ayuda a atender al niño y quizás sirva para investigación científica. Si tiene más de un tipo de dolor de cabeza (como leve frecuente y raro intenso), describa ambos. **Marque todo lo que corresponda.**

Alergias a medicamentos Sí o No

Medicamentos actuales: (incluya la *dosis* y la *frecuencia exacta*)

Vacunas al día Sí o No

Cómo es el dolor de cabeza:

▪ Tipo (describa):

▪ ¿Tiene *más de un tipo* de dolor de cabeza?

1. ¿A qué edad comenzaron? _____

2. ¿Cuánto tiempo hace que los tiene?

3. ¿Sabe qué pudo originarlos? Sí No

Explique: _____

4. ¿El niño actúa diferente ANTES de empezar el dolor de cabeza? Sí No

Cansado Irritable Ojos hundidos Cara enrojecida Está raro Cambios de humor

5. ¿Hay cosas que provocan el dolor de cabeza? Sí No

Estrés Dormir menos Comida Saltarse comidas Olores Luz Ruidos

Tiempo Menstruación Concentración Cafeína Chocolate Otro _____

6. Frecuencia del dolor de cabeza:

<1/mes 1-3/meses 1/semana 2-3/semana >3/semana Diario

Siempre Otro _____

En los últimos 3 meses, ¿cuántos días POR MES tuvo dolor de cabeza? _____

¿Cuándo fue el ÚLTIMO dolor de cabeza? _____

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

Visuales Auditivos Sensoriales Olores Gusto Explique: _____

8. ¿Tiene dolor en un lado de la cabeza [] o en ambos lados []?

¿Dónde en la cabeza lo siente?

Ambas sienes/lados Lado izquierdo Lado derecho Adelante Arriba

Atrás Alrededor de los ojos Detrás de los ojos Por todas partes Otro _____

9. ¿Cómo es el dolor?

Pulsante Compresivo Puñaladas Pinzamiento Presión Quemante

Intenso y repentino Constante Sordo "Allí" Otro _____



10. Otros síntomas que se presentan con el dolor de cabeza:

- Náusea Vómitos Sensible a la luz Sensible al sonido Sensible 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 y usar los brazos o para hablar Otro _____

11. ¿Tiene alguno de estos síntomas con la mayoría de los dolores de cabeza?

- Ceguera transitoria Zonas ciegas negras en la visión Empeora al recostarse
 Visión doble Empeora al toser o ir al baño

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. En promedio, ¿cuán intenso es el dolor de cabeza (elija UNO)?

- Leve Moderado Intenso

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

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

15. 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

Lentes Auriculares Ropa ceñida

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

16. ¿Cambia el dolor de cabeza su nivel de actividad (por ejemplo, deja de jugar)? Sí No

¿Aumenta el dolor de cabeza con la actividad o el juego? Sí No

a. ¿A qué nivel puede funcionar con dolor de cabeza en la escuela?

100% 75% 50% 25% 0%

b. ¿A qué nivel puede funcionar con dolor de cabeza mientras juega?

100% 75% 50% 25% 0%

17. ¿Siguen los dolores de cabeza un patrón? Sí No

Describa: _____

18. ¿Se produce el dolor de cabeza a una hora particular del día? Sí No

Al despertar Por la mañana Primera hora de la tarde Al anochecer Por la noche Mientras duerme

19. ¿Tiene dolor de cabeza en una estación particular? Sí No

Indique la estación: _____

20. ¿Consultó a otros profesionales médicos por el dolor de cabeza? Sí No

Indique quiénes: _____

21. ¿Le han hecho estudios o evaluaciones? Sí No

Res.magnética TC/TAC Radiografía de senos nasales EEG Otro _____

22. ¿Ha cambiado la frecuencia del dolor de cabeza? Sí No

Describa: _____

23. ¿Ha cambiado la intensidad del dolor de cabeza? Sí No

Describa: _____

24. ¿Ha cambiado la duración del dolor de cabeza? Sí No

Describa: _____

25. ¿Cambiaron los síntomas asociados? Sí No

Describa: _____

26. ¿Qué medicamentos de venta libre toma para el dolor de cabeza?

- Acetaminofeno (Tylenol[®]) Ibuprofeno (Advil[®]/Motrin[®]) Excedrin Migraine[®] Aspirina
 Naproxeno (Aleve[®]) Otro _____

27. ¿Qué otros métodos usa para aliviar el dolor de cabeza?

- Dormir compresas frías Ducha/baño caliente Relajación Jugar/Ejercicio Comer Otro _____

28. ¿Le recetaron alguna vez un medicamento DIARIO para prevenir el dolor de cabeza? Sí No

¿Cuáles?: _____

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)? _____

4. ¿Cuántos días no pudo hacer cosas en 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 oz 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 los días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Antecedentes clínicos:

Hospitalización o visita a la sala de emergencias por el dolor de cabeza: Sí No

Fecha(s) _____

Otras hospitalizaciones: Sí No

Cirugías: Sí No

Accidentes (especialmente traumatismo craneal)? Sí No

Enfermedades (especialmente infección en el cerebro)? Sí No



Antecedentes del parto

EMBARAZO de la madre: Problemas: Sí No _____

Embarazos/abortos espontáneos de la madre _____ Otros hijos _____

PARTO: Hospital y ciudad: _____

Problemas: Sí No _____

A término o prematuro: _____ Duración del parto: _____

De nalgas: _____ Fórceps: _____ Cesárea: _____

RECIÉN NACIDO: Problemas: Sí No _____ Peso al nacer _____

Longitud _____ Tiempo en el hospital: _____ Cuidado intensivo: Sí No

Otros diagnósticos: Sí No

Convulsiones ADD/ADHD Asma Accidente cerebrovascular Depresión

Ansiedad Otro _____

Viajes recientes fuera del país: Sí No _____

Exposición a sustancias tóxicas: Sí No _____

Desarrollo temprano:

¿Algún problema durante el desarrollo temprano? Sí No

Indique la edad *aproximada* a la que apareció lo siguiente: O marque **TODO NORMAL**

Se volteó _____ Se sentó con apoyos _____

Caminó _____ Aprendió a ir al baño solo _____

Palabras sueltas _____ Frases de 3 palabras _____

¿Clases regulares o especiales?

Problemas con el funcionamiento actual en la escuela: Sí No

Terapias (fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, tutores): _____

Rendimiento en la escuela: _____ Conducta en la escuela: _____

Nivel de lectura (si lo sabe) _____ Nivel de matemáticas (si lo sabe) _____

¿Tiene el niño alguno de estos problemas conductuales? (Marque lo que corresponda)

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> En la escuela |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> En la escuela |
| <input type="checkbox"/> Humor variable | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> En la escuela |
| <input type="checkbox"/> Poca capacidad de atención | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> En la escuela |
| <input type="checkbox"/> Falta de criterio | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> En la escuela |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> En la escuela |

Antecedentes familiares (padres biológicos):

Nombre de la madre _____ Edad: _____ Salud _____

Ocupación _____

Nombre del padre _____ Edad: _____ Salud _____

Ocupación _____

Nombres de hermanos _____ Edad: _____ Salud _____

Nombres de hermanas _____ Edad: _____ Salud _____

¿**QUIÉN** en la familia (si es el caso) tiene dolores de cabeza parecidos? _____

Indique si hay **antecedentes familiares** de lo siguiente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Drogadicción/alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Tumor cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica o neuromuscular | |
| <input type="checkbox"/> Muerte repentina | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón o embolia tempranos/indique edad _____ | |



		DOLOR DE CABEZA (cualquier tipo)	MIGRAÑAS	DOLOR DE CABEZA POR TENSION	DOLOR DE CABEZA SINUSAL	Otros problemas médicos o de salud mental
PADRE						
MADRE						
Hermanos	Edad					
HERMANO						
HERMANA						
Abuelo paterno						
Abuela paterna						
Abuelo materno						
Abuela materna						
Tías y tíos	#					
Tíos paternos						
Tías paternas						
Tíos maternos						
Tías maternas						
Otro _____						

Antecedentes sociales:

¿Quién vive con el niño? _____
 Estado civil de los padres *biológicos*: Casados/viven juntos Divorciados/separados
 Si están divorciados/separados, ¿tienen ambos padres igual custodia? Sí No

Escuela actual:

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____
 Tipo de escuela: Pública Privada Charter Escuela en casa Universidad

Examen general:

Si el niño tiene alguno de estos problemas, indique si es **ACTUAL** o se dio en el **PASADO**:

General: Cansancio excesivo _____ Otro _____

Ojos: Visión borrosa _____ Estrabismo _____ Visión doble _____
 Puntos ciegos _____ Pérdida de la vista _____ Ojos bizcos _____
 Movimientos oculares raros _____ Examen de la vista reciente _____

Garganta, nariz, oídos: Zumbido en los oídos _____ Problemas auditivos _____
 Infecciones de oído _____ Secreción de los oídos _____ Alergias _____ Otro _____

Corazón: Desmayos _____ Soplos anteriores _____ Mareo con el ejercicio _____ Otro _____

Pulmones: Asma _____ Sibilancias _____ Neumonía _____
 Ahogo/tos _____ Otro _____

Musculoesquelético: DIESTRO o ZURDO Torpeza _____ Fracturas _____
 Debilidad muscular _____ Cojera _____ Tropiezos/caídas excesivas _____
 Dolor en huesos _____ Anomalía o deformidad de huesos o articulaciones _____
 Escoliosis _____ Otro _____

Gastrointestinal: Náuseas _____ Vómitos _____ Diarrea _____
 Estreñimiento _____ Sangre en las heces/heces negras _____ Otro _____

• ¿Cree que lo que *come* o la *dieta* contribuye a los dolores de la cabeza? Sí No



Génitourinario: Infecciones de vejiga o riñón _____ Sangre en la orina _____
 Orina dolorosa o frecuente _____ Otro _____

Piel: Sarpullidos _____ Marcas de nacimiento _____ Eczema _____ Otro _____

Problemas para dormir: Insomnio _____ Rechina los dientes _____
 Sueño inquieto _____ Excesivo sueño durante el día _____
 Moja la cama _____ Terror nocturno/pesadillas _____
 Sonámbulo _____ Ronca _____ Otro _____
• ¿Piensa que el dolor de cabeza interfiere con el sueño? Sí No
• ¿Piensa que *dormir poco* o *dormir mucho* le provoca el dolor de cabeza? Sí No

Neurológico: Mareo _____ Desvanecimiento _____ Sacudidas _____
 Movimientos anormales _____ Problemas del habla _____ Dificultad para escribir _____
 Dificultad para pensar _____ Pérdida de funciones del desarrollo adquiridas _____
 Convulsiones _____ Ataques _____ Crisis de ausencia _____
 Lesión anterior en la cabeza con o sin pérdida de conocimiento _____ Otro _____

Psiquiátrico: Cambios de humor extremos _____ Problemas de conducta graves _____
 Depresión (actual o anterior) _____ Trauma o abuso previos _____
 ¿Ha visto anteriormente a un psicólogo/psiquiatra? _____ Otro _____

Hemolinfático: Anemia _____ Ganglios linfáticos hinchados _____ Otro _____

Endocrino: Problemas de tiroides: _____ Inicio temprano de la pubertad (niños o niñas) _____
 Sudor excesivo _____ Sed excesivas _____
 Orina excesivas _____ Hambre excesiva _____
 Siempre mucho frío _____ Siempre mucho calor _____ Otro _____

NIÑAS: Edad a la que se tuvo la regla _____ ¿Es regular? Sí No No sé

¿EMPEORA el dolor de cabeza con la regla? Sí No No sé No corresponde

Si no tiene la regla o acaba de comenzar, ¿tiene dolor de cabeza todos los meses? Sí No No sé

_____ Días Intensidad _____ Duración _____

¿Algún otro asunto que no se haya tratado?

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Firma del profesional

Fecha

Hora

Nombre en imprenta del profesional