

HISTORIA CLÍNICA de DOLOR DE CABEZA

Fecha

Nombre del Paciente

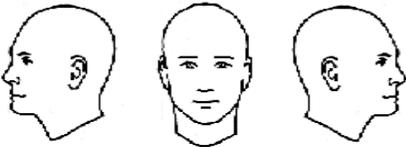
Nombre del informate

¿Cuándo empezaron los dolores de cabeza?

Describe brevemente el problema:

Historia Clínica

Alergias:

Localización	¿Donde empiezan los dolores? (Use el diagrama también)		Frecuencia y duración	¿Que tan seguido le dan los dolores de cabeza? Cada: ¿Cuántos? día _____ semana _____ mes _____	Descripción	Descripción del dolor _____ Pulsa _____ Aprieta _____ Pica _____ Sordo Otro: _____
	_____ Lado Izquierdo _____ Sienes _____ Lado Derecho _____ Ojos _____ Ambos Lados _____ Frente _____ Atrás _____ Cara _____ Arriba _____ Cuello			¿Cuanto duran los dolores? _____ Minutos _____ Horas _____ Dias		
¿Los dolores interfieren con las actividades? ___ Sí ___ No ¿Los dolores lo(a) despiertan en la noche? ___ Sí ___ No ¿Los dolores están?: ___ Empeorando ___ Mejorando ___ Fluctuan ___ No Hay Cambio ¿Está embarazada? ___ Sí ___ No						

(X) No (A) Antes (✓) Durante (D) Después (del dolor)

Síntomas Asociados	Generales _____ náusea _____ vómito _____ pérdida de apetito _____ hinchazón _____ escurrecimiento nasal _____ sensibilidad al ruido _____ sensibilidad a olores	Relacionados a los ojos _____ visión doble _____ defecto visual _____ caída del párpado (D ___ I ___) _____ lagrimeo (D ___ I ___) _____ enrojecimiento (D ___ I ___) _____ hinchazón (D ___ I ___) _____ ceguera (D ___ I ___) _____ visión borrosa (D ___ I ___) _____ sensibilidad a la luz	Otros _____ dificultad para concentrarse _____ depresión _____ fatiga _____ ansiedad _____ irritabilidad _____ dificultad para hablar _____ dificultad para entender _____ adormecimiento de labios _____ desmayo _____ mareo	Debilidad _____ cara (D ___ I ___) _____ brazo (D ___ I ___) _____ pierna (D ___ I ___)
	Adormecimiento _____ cara (D ___ I ___) _____ brazo (D ___ I ___) _____ pierna (D ___ I ___)			

¿Que cosas mejoran el dolor de cabeza? _____ descansar _____ cuarto oscuro _____ silencio _____ compresas frías _____ compresas calientes _____ presión o masaje	¿Que cosas empeoran el dolor de cabeza? _____ agacharse _____ dormir mucho _____ dormir poco _____ no comer _____ cambios en el clima _____ ansiedad _____ actividad física	_____ comida procesadas _____ hacer esfuerzo _____ actividad sexual _____ queso _____ menstruación _____ cambio de estación	_____ chocolate _____ estar parado _____ plátanos _____ alcohol _____ píldoras anticonceptivas _____ embarazo
---	---	--	--

Tratamiento	Respuesta				¿Que medicinas ha tomado para el dolor de cabeza?								Respuesta			
	Mala Regular Buena				Mala Regular Buena				otras medicinas para el dolor de cabeza				Mala Regular Buena			
	Tylenol				Ibuprofen											
	Motrin				Darvocet											
	Advil				Fioricet											
	Excedrin				Imitrex											
Aspirina				Maxalt												

Otras Medicinas	¿Que otras medicinas toma para otros problemas?	¿Quién la recetó?	¿Para que?

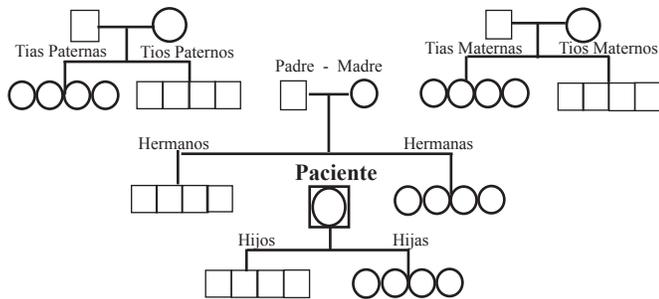
Historia Personal

¿Fuma cigarrillos? No Sí ¿Cuantos al día? _____ ¿Desde cuando? _____
 ¿Consume alcohol? No Sí ¿Cuanto? _____
 ¿Toma café? No Sí ¿Cuántas tazas al día? _____

¿Ha recibido tratamientos previos? No Sí (explique)

Pruebas	Fecha	Donde	Resultados
CT Scan	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
MRI	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
EEG	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
Rayos X	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
Otros	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		

Historia Familiar de Dolores de Cabeza No Sí



Historia Familiar de:

- Epilepsia
- Alta Presion
- Diabetes

.....

Otros Padecimientos

- | | | | |
|------------------------|--|---|--|
| Historia Medica | <i>Neurologicos</i> | <i>Medicos</i> | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| | <input type="checkbox"/> Golpes en espalda | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| | <input type="checkbox"/> Golpes a la cabeza | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lupus |
| | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de intestinos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| | <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebres |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Ulceras Gástricas | <input type="checkbox"/> Otros: |
| | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | | |

.....

Cirugias:

.....

- Problemas emocionales
- Depresión,
- Estres
- Uso de Droga
- Alcohol
- Ansiedad
- Problemas de conducta
- Problemas de aprendizaje

.....

