



Nombre del paciente: _____ **Sexo:** M o F **Edad:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Fecha de hoy:** _____
Nombre del médico de cabecera: _____

Agradecemos conteste lo mejor que pueda las siguientes preguntas. Marque con un círculo las respuestas pertinentes. La información del cuestionario ayudará a programar el plan de cuidado del niño y podría usarse para fines de estudio. Si tiene varios tipos de dolores de cabeza (por ejemplo, dolores leves y frecuentes o dolores fuertes e infrecuentes) describa la información para ambos. **Si existen varias opciones, marque con un círculo todas las respuestas que correspondan.**

¿TIENE ALERGIAS A MEDICAMENTOS? Sí o No _____
MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE: (Anote el tamaño de la pastilla y el horario)

¿Está al corriente con sus VACUNAS? Sí o No _____

DESCRIBA LOS DOLORES DE CABEZA:

>Edad a la que empezaron los dolores de cabeza: _____
 >Tipo de dolor de cabeza (describalo brevemente): _____
 >Tiene *más de un tipo* de dolor de cabeza? _____

1. ¿El niño actúa diferente ANTES de que comience el dolor de cabeza? **SÍ NO**

Cansado Irritable Ojos hundidos Cara sonrojada “No se ve bien” Cambio de humor

2. ¿Hay algo que desencadena el dolor de cabeza? **SÍ NO**

Estrés Falta de sueño Alimentos No comer alguna de las comidas Olores Iluminación
 Ruidos Clima Menstruación Concentración mental Cafeína Chocolate Otro _____

3. ¿Tiene avisos antes de tener el dolor de cabeza (auras)? **SÍ NO**

Visual Auditivo Sensorial Olfativo Sabor Otro _____

4. ¿El dolor afecta un solo lado de la cabeza [_] o ambos lados [_]?

¿Por lo general, en qué parte de la cabeza siente el dolor?
 Ambas sienes (costados) Sien izquierda Sien derecha Frente Arriba
 Atrás Alrededor de los ojos Detrás de los ojos Por todas partes Otro _____

5. ¿Cómo describiría el dolor de cabeza?

Pulsante Apretado Punzante Pellizco Oprimido Ardiente Agudo
 Constante Sordo “Ahí” Otro _____

6. ¿Qué otros síntomas acompañan el dolor de cabeza?

Náuseas Vómitos Sensibilidad a la luz Sensibilidad al ruido Sensibilidad a los olores
 Mareo Sensación de dar vueltas Ojos llorosos Escurrecimiento nasal Disminución de apetito





Dolor de estómago Fatiga Zumbido en los oídos Cambios en la visión
Confusión o dificultad para pensar Dificultad para caminar, usar los brazos o hablar
Otro _____

7. ¿En cuántos MINUTOS el dolor de cabeza alcanza su intensidad máxima? _____

8. ¿Cuántas HORAS dura el dolor de cabeza? Tiempo mínimo: _____ Tiempo máximo: _____ Promedio: _____

9. En promedio, ¿qué tan fuerte es el dolor de cabeza? (Escoja UNO)

Leve Moderado Fuerte

En escala de 0 al 10 (siendo 10 el peor), ¿cuál es la intensidad?

Más leve: _____ Peor: _____ Promedio: _____

10. Durante un dolor de cabeza fuerte: ¿Le duele el cuero cabelludo? SÍ NO ¿Le duele el cuello? SÍ NO

¿Le duele el cabello? SI NO ¿Le duelen los brazos o las piernas? SÍ NO

Siente dolor al: Peinarse el cabello Ducharse/regadera (agua caliente o fría) Lavarse la cara

Siente dolor al usar: Cola de caballo Aretes Collar Sombrero

Mochila "back pack" Anteojos Lentes de contacto Auriculares Ropa ajustada

¿Cuánto tiempo después de comenzar el dolor de cabeza siente estos síntomas? _____ minutos

11. Frecuencia de los dolores de cabeza:

Menos de 1 al mes 1 a 3 al mes 1 a la semana 2 a 3 a la semana Más de 3 a la semana Diario
Siempre Otro _____

a. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días AL MES tuvo dolores de cabeza? _____

b. ¿El dolor de cabeza cambia el nivel de actividad (por ejemplo, dejar de jugar)? SÍ NO

c. ¿La actividad o juegos empeora el dolor de cabeza? SÍ NO

d. En la escuela, ¿a qué nivel funciona cuando tiene un dolor de cabeza?

100% 75% 50% 25% 0%

e. ¿A qué nivel funciona si está jugando y le da un dolor de cabeza?

100% 75% 50% 25% 0%

12. ¿Existe un patrón para el dolor de cabeza? SÍ NO

¿Cuál es? _____

13. ¿El dolor de cabeza ocurre a cierta hora del día? SÍ NO

Al despertar Mañana Mediodía Tarde Noche Mientras duerme

14. ¿Asocia el dolor de cabeza a alguna estación del año en particular? SÍ NO

¿Cuál estación del año? _____

15. ¿A qué edad cree usted que comenzaron los dolores de cabeza? _____

16. ¿Por cuánto tiempo ha tenido dolor de cabeza? _____

17. ¿Cree usted que algo provocó el inicio de los dolores de cabeza? SÍ NO

Motivo: _____



18. ¿Ha consultado con otros profesionales de la salud acerca del dolor de cabeza? **SÍ** **NO**
¿A quién? _____
19. ¿Le han hecho estudios o evaluaciones? **SÍ** **NO**
Examen de resonancia magnética (MRI) Tomografía computarizada (CT)
Tomografía axial computarizada (CAT scan) Radiografía de los senos paranasales (Sinus X-ray)
Electroencefalograma (EEG) Otro: _____
20. ¿Ha cambiado la *frecuencia* de los dolores de cabeza? **SÍ** **NO**
Explique cómo: _____
21. ¿Ha cambiado la *intensidad* de los dolores de cabeza? **SÍ** **NO**
Explique cómo: _____
22. ¿Ha cambiado la *duración* de los dolores de cabeza? **SÍ** **NO**
Explique cómo: _____
23. ¿Han cambiado los *síntomas que acompañan* el dolor de cabeza? **SÍ** **NO**
Explique cómo: _____
24. ¿Qué medicamentos de venta libre (sin receta) toma el niño para aliviar el dolor de cabeza?
Acetaminophen (Tylenol^R) Ibuprofen (Advil^R/Motrin^R) Excedrin Migraine^R
Aspirin Naproxen (Aleve^R) Otro _____
25. ¿Qué otros métodos usa para aliviar el dolor de cabeza?
Dormir Compresas frías Baños o duchas calientes Relajación Jugar o hacer ejercicio
Comer Otro _____
26. ¿Le han recetado antes medicamento que debe tomar a DIARIO para prevenir el dolor de cabeza? **SÍ** **NO**
¿Qué medicamento(s)? _____

DISCAPACIDAD DEBIDO A LOS DOLORES DE CABEZA Las siguientes preguntas evalúan el efecto del dolor de cabeza en sus actividades cotidianas. Las respuestas deben basarse en su experiencia de los últimos 3 meses. No existen respuestas correctas o equivocadas, solo conteste con la respuesta más apropiada:

- 1a. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días completos faltó a la escuela debido al dolor de cabeza?** _____
- 1b. ¿En los últimos 3 meses, cuántas veces no completó el día escolar debido al dolor de cabeza? (no incluya los días completos incluidos en la primera pregunta).** _____
- 2. En los últimos 3 meses, en la escuela, ¿cuántos días funcionó con menos de la mitad de la capacidad debido al dolor de cabeza? (No incluya los días completos contados en las primeras dos preguntas).**

- 3. ¿Cuántos días no pudo hacer cosas en casa (por ejemplo, quehaceres, tareas, etc.) debido al dolor de cabeza?**

4. ¿Cuántos días no pudo participar en otras actividades debido al dolor de cabeza (por ejemplo, jugar, salir, practicar un deporte, etc.)? _____

5. ¿Cuántos días participó en las actividades pero funcionó con menos de la mitad de su capacidad? (no incluya los días contados en la pregunta número 4). _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EMBARAZO de la madre:

¿Tuvo algún problema? **SÍ** **NO**

Otros embarazos o abortos _____ Tiene otros hijos _____

PARTO: Nombre del hospital y ciudad del nacimiento: _____

¿Tuvo algún problema? **SÍ** **NO** _____

¿Embarazo a término o prematuro? _____ ¿Cuánto tiempo duró el parto? _____

¿Presentación caudal? _____ ¿Utilizaron fórceps? _____ ¿Tuvo cesárea? _____

RECIÉN NACIDO: ¿Presentó algún problema? **SÍ** **NO** _____ Peso al nacer _____

Longitud _____ ¿Cuántos días se quedó en el hospital? _____ ¿Estuvo en terapia intensiva? **SÍ** **NO**

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? **SÍ** **NO** _____

¿Ha tenido alguna cirugía? **SÍ** **NO** _____

¿Ha tenido algún accidente (en particular un traumatismo de la cabeza)? **SÍ** **NO** _____

¿Ha tenido enfermedades previas (en particular, infecciones del cerebro)? **SÍ** **NO** _____

¿Lo han diagnosticado con alguna otra enfermedad? **SÍ** **NO**

Convulsiones Déficit de atención Déficit de atención e hiperactividad Asma

Accidente cerebro vascular Depresión Ansiedad Otro _____

¿Ha viajado fuera del país recientemente? **SÍ** **NO** _____

¿Ha estado expuesto a sustancias tóxicas? **SÍ** **NO** _____

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO:

¿Le preocupó el desarrollo del niño en su infancia? **SÍ** o **NO**

Edad *aproximada* del niño cuando se: (Si no corresponde, marque con un círculo:) **TODO NORMAL**

Se dio vuelta _____ Se sentó sin apoyo _____

Caminó _____ Aprendió a ir al baño _____

Dijo sus primeras palabras _____ Habló con oraciones de 3 palabras _____

ESCUELA:

Nombre de la escuela: _____ Grado que cursa: _____

Tipo de escuela a la que asiste:

Pública Privada Charter Escolarización en casa Universidad

¿Toma clases **REGULARES** o **ESPECIALES**?

¿Le preocupa el desempeño actual del niño en la escuela? **SÍ** o **NO**



¿Ha recibido el niño terapia (terapia física, del habla, ocupacional o tutor)? _____

Desempeño en la escuela _____ Conducta en la escuela _____

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

¿Le preocupa alguno de los siguientes aspectos de la conducta del niño? Marque lo que corresponde.

Hiperactividad En casa o en la escuela Dificultad de atención En casa o en la escuela

Impulsividad En casa o en la escuela Poco juicio En casa o en la escuela

Cambios de humor En casa o en la escuela Distracción En casa o en la escuela

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Quien vive actualmente en casa con el niño? _____

Estado civil de los padres *biológicos*:

¿Están casados o viven juntos? _____ ¿Están divorciados o separados? _____

Si están divorciados o separados, ¿ambos padres tienen la misma custodia del niño? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (padres biológicos):

Nombre de la madre _____ Edad: _____ Estado de salud _____

Nombre del padre _____ Edad: _____ Estado de salud _____

Nombre de los hermanos _____ Edad: _____ Estado de salud _____

Nombre de las hermanas _____ Edad: _____ Estado de salud _____

¿**QUIÉN** en la familia padece de dolores de cabeza similares a los del niño? _____

Algún miembro de la familia ha padecido de:

Dolores de cabeza o migrañas Sodera Depresión

Diabetes Cáncer Alcoholismo o drogadicción

Convulsiones o epilepsia Tuberculosis

Discapacidad intelectual o problemas de aprendizaje

Enfermedades del corazón Hipertensión Tumor en el cerebro

Enfermedades de la tiroides Enfermedades neuromusculares u otras afecciones neurológicas

		DOLORES DE CABEZA (de cualquier tipo)	MIGRAÑAS	DOLOR DE CABEZA POR TENSION	DOLOR DE CABEZA POR SINUSITIS	Otra inquietud médica o de salud mental
PADRE						
MADRE						
Hermanos	Edad					
VARONES						
MUJERES						

		DOLORES DE CABEZA	MIGRAÑAS	DOLOR DE CABEZA	DOLOR DE CABEZA	Otra inquietud

		(de cualquier tipo)		POR ESTRES	POR SINUSITIS	médica o de salud mental
Abuelo paterno						
Abuela paterna						
Abuelo materno						
Abuela materna						
Tías y tíos	#					
Hermanos del padre						
Hermanas del padre						
Hermanos de la madre						
Hermanas de la madre						
Otros _____						

REVISIÓN GENERAL DEL ORGANISMO:

 ¿El paciente *TIENE* o *HA TENIDO* algunos de estos problemas?

General: Fatiga excesiva _____ Otro _____

Ojos: Visión borrosa _____ Fuerza la vista _____ Visión doble _____
 Escotoma (ve puntos negros) _____ Disminución de la visión _____ Estrabismo (ojos que se cruzan) _____
 Movimientos raros de los ojos _____ ¿Ha tenido un examen reciente de los ojos? _____

Oídos, nariz y garganta: Zumbido en los oídos _____ Problemas auditivos _____ Infecciones del oído _____
 Secreción de los oídos _____ Alergias _____ Otro _____

Corazón: Desmayo _____ Soplo _____ Mareo con el ejercicio _____ Otro _____

Pulmones: Asma _____ Sibilancias _____ Neumonía _____ Asfixia o tos _____ Otro _____

Músculos y huesos: ¿Dominancia de la mano DERECHA o IZQUIERDA? Torpeza _____ Fracturas _____
 Debilidad muscular _____ Cojera _____ Problemas de equilibrio o se cae con frecuencia _____
 Dolor de huesos _____ Anomalía o deformidad de huesos o articulaciones _____ Escoliosis _____ Otro _____

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

 >> ¿Cree que los *alimentos que ingiere* el niño o su *dieta* contribuye a los dolores de cabeza? _____

Aparato genitourinario: Infecciones de la vejiga o del riñón _____ Sangre en la orina _____

Orina con frecuencia o tiene dolor al orinar _____ Otro _____

Piel: Roncha o sarpullido _____ Lunares o manchas de nacimiento _____ Eczema _____ Otro _____

Problemas para dormir: Falta de sueño _____ Rechina los dientes _____

Sueño inquieto _____ Siente mucho sueño durante el día _____

Se orina en la cama _____ Terrores nocturnos o pesadillas _____

Camina dormido _____ Ronca _____ Otro _____

>> ¿Los dolores de cabeza interfieren con el sueño del niño? _____

>> ¿No dormir lo suficiente o dormir demasiado desencadenan dolores de cabeza del niño? _____

Sistema neurológico: Mareo _____ Mareo leve _____ Contracciones musculares repentinas _____

Movimientos anormales _____ Problemas del habla _____

Dificultad para escribir _____ Dificultad para pensar _____

¿Ha perdido la capacidad para hacer algo? _____

Convulsiones _____ Episodios de mirada fija _____

Golpes previos en la cabeza con o sin pérdida de conocimiento _____ Otro _____

Psiquiatría: Cambios drásticos de humor _____ Problemas serios de conducta _____



Depresión (actual o previa) _____ Trauma o abuso previo _____

¿Ha consultado a un psicólogo o psiquiatra? _____ Otro _____

Hematología y ganglios linfáticos: Anemia _____ Ganglios linfáticos hinchados _____ Otro _____

Endocrino: Problemas de tiroides _____ Pubertad precoz (en varones o niñas) _____

Sudor excesivo _____ Sed o micción (orina) excesiva _____

Apetito excesivo _____ Siempre siente mucho frío o calor _____ Otro _____

SOLO PARA LAS NIÑAS:

¿A qué edad comenzó a menstruar? _____

¿Los períodos menstruales son regulares? SÍ NO NO LO SÉ

¿El dolor de cabeza EMPEORA con el período menstrual? SÍ NO NO ESTOY SEGURA
NO CORRESPONDE

Si aún no comienza con los períodos O recién comenzó a tenerlos, ¿sufre de dolor de cabeza todos los meses? SÍ NO NO ESTOY SEGURA ____ días Intensidad ____ Duración ____

¿TIENE ALGUNA OTRA INQUIETUD?

Firma del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Nombre en imprenta del paciente o representante legal

Fecha y hora

Practitioner Signature

Date & Time

Practitioner Printed Name