

**Cuestionario para pacientes nuevos - (2023)**  
*Rellénelo lo más completamente posible y tráigalo a su primera visita.*

**Personal**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

¿Con qué mano escribes?  Derecha  Izquierda

**Estudios:**  Primaria  Secundaria  Preparatoria  Licenciatura.

Maestría

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Hijos:  Sí  No

Empleado:  Sí  No

Trabajo y tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

**Historia de dolor de cabeza (cefaleas)**

¿Qué edad tenías cuando empezaron tus dolores de cabeza?

\_\_\_\_\_

¿Quién de tu familia tiene (o ha tenido) dolores de cabeza (migraña, cefalea tensional o en racimos)?

\_\_\_\_\_

**Descripción del dolor de cabeza**

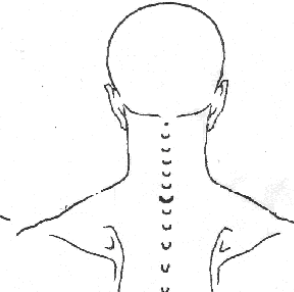
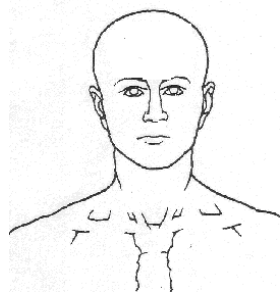
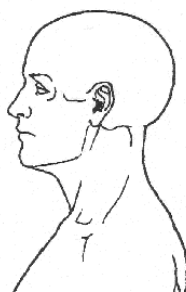
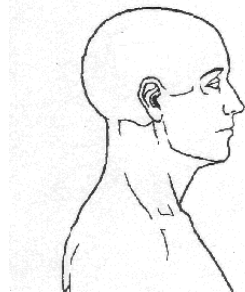
¿Sus dolores de cabeza son generalmente:  ¿De un lado?  ¿En ambos lados?

Si es unilateral, ¿es siempre el mismo lado?  Sí  No

Si es en ambos lados, ¿suele empezar en un lado?  Sí  No

Para las preguntas siguientes, piense en un dolor de cabeza típico.

**Sombree** las zonas en las que siente el dolor y, si procede, marque con una **X** el punto en el que palpita el dolor.



Describiendo el dolor, marque (✓) todo lo que corresponda:

- Pulsante     Palpitante     Golpeteo     Aprieta     Cólico  
 Presión     Embotamiento     Punzante     Choque eléctrico  
 Otros: \_\_\_\_\_

### Intensidad del dolor de cabeza

Intensidad habitual del dolor de cabeza:     Leve     Moderada.     Grave

### Duración del dolor de cabeza

Si **no se tratan** con medicamentos, ¿cuánto duran los dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

Si **se trata** con medicamentos, ¿cuánto duran sus dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

### Frecuencia del dolor de cabeza

Número medio de días con dolor de cabeza de cualquier intensidad en los últimos 3 meses: \_\_\_\_\_

Número medio de días con dolor de cabeza de intensidad moderada o grave en los últimos 3 meses: \_\_\_\_\_

¿Ha aumentado la frecuencia de sus dolores de cabeza?     Sí     No

### Síntomas

Complete este cuadro en dos pasos:

1. En primer lugar, rellene la columna central marcando con una X cualquier síntoma que experimente antes de que empiece el dolor de cabeza.

2. A continuación, rellene la columna de **la derecha marcando** con una X cualquier síntoma que experimente durante el dolor de cabeza.

Síntomas	Antes del dolor de cabeza	Durante el dolor de cabeza
Euforia, optimismo, bienestar		
Aumento de la energía		
Sentirse triste, deprimido		
Ansiedad		
Irritabilidad		
Infelicidad		
Bostezos		
Ansias de comer		
Deseos de orinar frecuente		
Nariz tapada (congestionada)		

Sensibilidad muscular		
Dificultad de concentración		
Dificultad para hablar		
Ojos llorosos y/o párpados caídos		
Cansancio		
Inquietud		
<b>Aura</b>		
Visión borrosa		
Pérdida unilateral de visión		
Luces intermitentes o brillantes		
Manchas negras del campo visual		
Hormigueo (dedos, manos o cara)		
Entumecimiento (dedos, manos o cara)		
Dificultad para encontrar palabras		
Dificultad para pronunciar correctamente las palabras		
Náuseas		
Vómitos		
Fotofobia (hipersensibilidad a la luz)		
Fonofobia (hipersensibilidad al sonido)		
Osmofobia (hipersensibilidad al olor)		
Mareos o inestabilidad		
Zumbidos en los oídos		
Mareo o inestabilidad		
Dolor de cuello		
Rigidez de cuello		
Dolor de mandíbula		
Dolor abdominal		
Diarrea		
Estreñimiento (constipación)		



## Medicamentos anteriores que ha probado para tratar sus dolores de cabeza

Rellene el cuadro de la página siguiente como se indica a continuación:

1. Para cualquier medicamento o tratamiento que haya utilizado o probado, marque con una **X** la columna **He probado**.
2. Marque con una **X** la columna "**Ayudó**" si ayudó durante algún tiempo, o con una **X** la columna "**No ayudó**" si no ayudó.

Medicación	Tengo	Ayudada	No		Medicación	Tengo	Ayudada	No
	probado		ayuda			probado		ayuda
Ativan (Lorazepam)					Maxalt (Rizatriptán)			
Advil /Ibuprofeno)Motrin					Mylinax (Baclofeno)			
Amitriptilina (Anapsique)					Naxen (Naproxeno)			
Antigram lisina, acetilsalicilato de, metoclopramida					Neurontin (Gabapentina)			
Altruline (sertralina)					Norpramin (Desipramina)			
Aspirina (Acido acetil salicilico)					Norvasc (Amlodipino)			
Atacand (Candesartán)					Paxil (paroxetina)			
Atarax/(Hidroxicina)					Prednisona (metícorten)			
Benadryl (Difenhidramina)					Procardia (Nifedipino)			
Bioelectro (acetaminofen, aspirina y cafeína)					Prozac (fluxetina)			
Botox					Qual (paracetamol, dextropropoxifeno, diazepam)			
Betametasona (diprospan)								
Cafergot, Sydolid					Relpax (Eletriptán)			
Cardizem/Diltiazem					Relafen			
Cataflam, Voltaren (diclofenaco)					Remeron, (Mirtazapina)			
Catapres (Clonidina)					Reyvow/Lasmitidan			
Celebrex (celecoxib)					Risperdal (Risperidona)			
Clonazepam/ Kriadex, Rivotril					Robaxin metacarbamol con ibuprofeno)			
Clorzoxazona					Seroquel, Apego (quetiapina)			
Codeína					Sibelim (Flunarizina)			
Cymbalta (duloxetina)					Sinequan (Doxepina)			
Decadron (Dexametasona)					Sirdalud (Tizanidina)			
Dilacorán (verapamil)					Sudafed (ibuprofeno/fenilefrina)			

					Solumedrol (metilprednisolona)			
Dipirona (Neumelubrina)								
Dolac /supradol Ketorolaco					Sulindac(sulindaco)			
Donepecilo								
Dorixina relax (clonixinato de lisina (ciclobenzapirina					Tafil. Alprazolam			
Dynastat (Parecoxib).					Tegretol (Carbamazepina)			
Epival/Atemperator (Valproato)					Tenormin (Atenolol)			
					Tofranil (Imipramina)			
Ebixa/Sinolvir (Memantina)					Topamax/Expliga (Topiramato)			
Effexor(vextor, (venlafaxina)					Toprol/Metoprolol			
Emgality/Galcanezumab					Tramadol			
Exedrin(acetaminofen, aspirina y cafeína)					Tylenol (Paracetamol)			
					Valium (Diazepam)			
Haldol (haloperidol)					Velian (desketoprofeno)			
Hidrocodona					Wellbutrin, Bupitrek (bupropion)			
Imipramina (talpramin)					Zofran (ondazetron)			
Imitrex (sumatriptan)					Zomig/Nurasense (Zolmitriptán)			
Inderalici (Propanolol)					Zyprexa (olanzapina)			
Indometacina/Indocid/Antalgin								
Keppra (levipil, levetiracetam)								
Ketoprofeno/Orudis/Relafen								
Lamictal/Lamotrigina								
Lexapro (escitalopram)								
Lidocaína								
Litio (lithium)								
Magnesio								

### Medicamentos anteriores que ha probado para tratar sus dolores de cabeza

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inyecciones en puntos gatillo | <input type="checkbox"/> Acupuntura            | <input type="checkbox"/> Psicoterapia              |
| <input type="checkbox"/> Bloqueos nerviosos            | <input type="checkbox"/> Biorretroalimentación | <input type="checkbox"/> Tratamiento quiropráctico |
| <input type="checkbox"/> Estimuladores nerviosos       | <input type="checkbox"/> Masaje                | <input type="checkbox"/> Fisioterapia              |
| <input type="checkbox"/> Remedios homeopáticos         | <input type="checkbox"/> Musicoterapia         | <input type="checkbox"/> Hierbas                   |

### Incapacidad relacionada con el dolor de cabeza (últimos 3 meses)

#### En los últimos 3 meses:

¿Cuántos días faltaste al trabajo o a clase debido al dolor de cabeza? \_\_\_\_\_

Excluyendo los días perdidos, ¿cuántos días se redujo su productividad en el trabajo o en la escuela a la mitad o más a causa de sus dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días ha dejado de realizar las tareas domésticas debido al dolor de cabeza? \_\_\_\_\_

Excluyendo los días perdidos, ¿cuántos días se redujo su productividad en el trabajo doméstico por la mitad de más por sus dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días faltó a actividades familiares, sociales o de ocio debido al dolor de cabeza? \_\_\_\_\_

## Historial médico

Por favor, marque (✓) si ha tenido alguno de los siguientes problemas en los últimos seis meses:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial       | <input type="checkbox"/> Epilepsia                           | <input type="checkbox"/> Artritis                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Neuralgia del trigémino             | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular  | <input type="checkbox"/> Lumbalgia                           | <input type="checkbox"/> Colesterol alto              |
| <input type="checkbox"/> Hernia discal               | <input type="checkbox"/> Raynaud                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                | <input type="checkbox"/> Anemia                              | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico |
| <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Síndrome de dolor regional complejo |   |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico          | <input type="checkbox"/> Depresión                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sueño          | <input type="checkbox"/> Cardiopatías                        | <input type="checkbox"/> Enfermedades reumatológicas  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico               | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico       |

¿Ha sufrido alguna vez un traumatismo craneoencefálico (un golpe fuerte en la cabeza):

- Sí                       No

En caso afirmativo, cuándo: \_\_\_\_\_

¿Se golpeó la cabeza directamente?:  Sí     No

¿Perdió el conocimiento (se desmayó)?:  Sí     No

¿Estuvo hospitalizado?  Sí     No

¿Se ha sometido a alguna prueba de imagen cerebral (por ejemplo, radiografía, resonancia magnética, etc.)?  Sí     No

## Social y estilo de vida

**Acontecimientos estresantes:**  Sí     No

En caso afirmativo, descríbalos: \_\_\_\_\_

**Ejercicio:**  Nunca  Rara vez     Una vez a la semana     Varias veces por semana

### Hábitos:

Café                      Cantidad por día: \_\_\_\_\_ Cantidad por semana : \_\_\_\_\_

Té                            Cantidad por día: \_\_\_\_\_ Cantidad por semana : \_\_\_\_\_

Cola/Pepsi                Cantidad por día: \_\_\_\_\_ Cantidad por semana : \_\_\_\_\_

Cerveza                    Cantidad por día: \_\_\_\_\_ Cantidad por semana : \_\_\_\_\_

- |                                      |                         |                             |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vino        | Cantidad por día: _____ | Cantidad por semana : _____ |
| <input type="checkbox"/> Licor       | Cantidad por día: _____ | Cantidad por semana : _____ |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos | Cantidad al día: _____  | ¿Cuándo empezó?: _____      |
| <input type="checkbox"/> Marihuana   | Cantidad por día: _____ | ¿Cuándo empezó? _____       |
| <input type="checkbox"/> Cocaína     | Cantidad por día: _____ | ¿Cuándo empezó? _____       |
| <input type="checkbox"/> Heroína     | Cantidad al día: _____  | ¿Cuándo empezó?: _____      |
| <input type="checkbox"/> Opiáceos    | Cantidad al día: _____  | ¿Cuándo empezó?: _____      |

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

Revisado por:

**Nombre del Médico:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_