

Diario de cefaleas

Nombre _____

Semana del _____ al _____

Cómo usarla: una fila por entrada, rellenada en el momento. Usa siempre la misma escala. Puedes dejar casillas en blanco.
Intensidad: 0 sin dolor · 1–3 leve · 4–6 moderado · 7–9 intenso · 10 el peor dolor imaginable

Día	Inicio	Duración	Intensidad	Aura	Otros síntomas	Posibles causas	Medicación	Efecto a las 2 h	Qué me perdí
	hora	horas	0–10	sí / no	náuseas, luz, ruido	sueño, estrés, comida ...	nombre, dosis, hora	mejor, igual, peor	¿trabajo, planes cancelados?
Lun — —									
Mar — —									
Mié — —									
Jue — —									
Vie — —									
Sáb — —									
Dom — —									

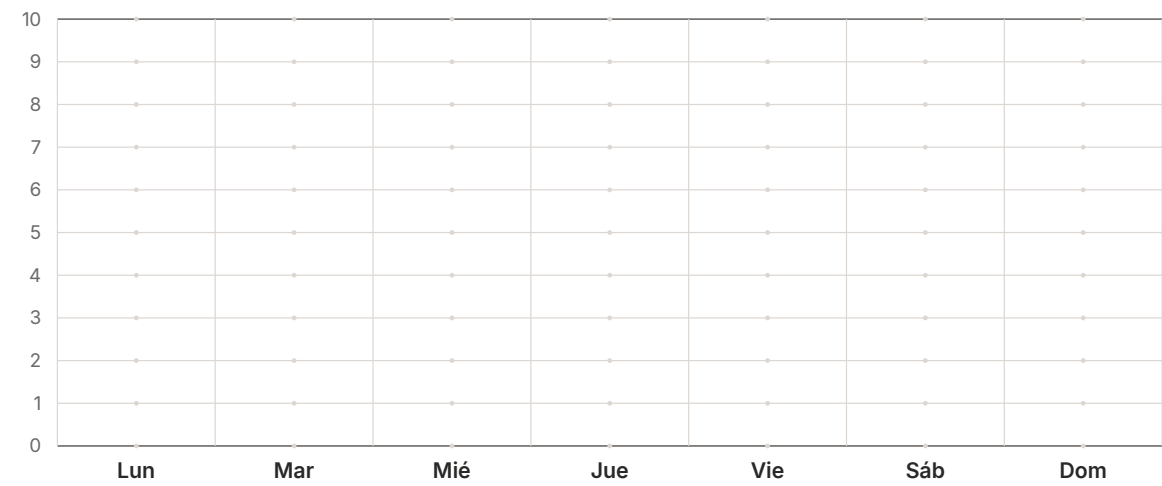
Diario de cefaleas

Nombre _____

Semana del _____ al _____

Tu semana de un vistazo

Marca la puntuación más alta de cada día y une los puntos.



¿Qué me ayudó?

¿Qué lo empeoró?

Preguntas para mi próxima cita

Resumen semanal

Días con dolor (de 7)

Puntuación más alta de la semana

Días con analgésicos

Días en que tuve que cancelar algo