| Semana del _____ al _____ | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES |
|---|---|---|---|
| ¿Ha ocurrido algo especial hoy?<br>En caso de que sí, ¿ha sido bueno o malo?<br><br>Describe brevemente lo ocurrido. | ☐ Sí ☐ No<br>☐ ☺ ☐ ☹<br>_____ | ☐ Sí ☐ No<br>☐ ☺ ☐ ☹<br>_____ | ☐ Sí ☐ No<br>☐ ☺ ☐ ☹<br>_____ |
| ¿Te ha dolido la cabeza hoy? Si la respuesta es „sí“, completa los siguientes puntos.<br>Si la respuesta es „no“, puedes parar aquí. | ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) | ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) | ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) |
| ¿Cómo de fuerte ha sido tu dolor de cabeza? | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| ¿Cuándo te ha dolido la cabeza?<br>Marca con una “x” las horas en las que tuviste dolor de cabeza (cada casilla representa una hora).<br>Marca también con una „o“ la casilla en la que tomaste medicación. | 0 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 | 0 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 | 0 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 |
| ¿Empeoró tu dolor de cabeza con la actividad física? (Por ejemplo, al subir escaleras, correr, saltar)? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Ha aparecido algún otro síntoma? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Has sentido náuseas? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Has vomitado? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Te ha molestado la luz? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Te ha molestado el ruido? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Te has mareado? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Has tenido problemas de visión? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿Algún otro síntoma? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| En caso de que sí, ¿cuáles? | _____ | _____ | _____ |
| ¿Tomaste medicación para los dolores de cabeza? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| En caso de que sí, ¿cuál? | _____ | _____ | _____ |
| ¿Cómo de efectivo fue? Por favor, puntúa en una escala del 0 al 10 (0= nada; 10= muy eficaz). | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| ¿Hiciste algo mientras tenías dolor de cabeza? | _____<br>_____ | _____<br>_____ | _____<br>_____ |
| ¿Fue efectivo? Por favor, puntúa en una escala de 0 a 10 (0= nada; 10= muy eficaz). | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| ¿El dolor de cabeza te ha impedido ir al colegio? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ¿O el dolor de cabeza te ha impedido hacer cualquier otra cosa (por ejemplo, los deberes, deporte, quedar con los amigos)? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| En caso de que sí, ¿qué te ha impedido? | _____ | _____ | _____ |
| ¿Ha sido tu dolor de cabeza diferente hoy? | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| Si es así, ¿qué lo ha hecho diferente? | _____ | _____ | _____ |
| También puedes pintar, escribir, estampar o pegar lo que quieras en esta caja. | | | |



© Centro Alemán de Dolor Pediátrico, Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln, Alemania

| JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ ☺ ☐ ☹ | ☐ ☺ ☐ ☹ | ☐ ☺ ☐ ☹ | ☐ ☺ ☐ ☹ |
| ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) | ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) | ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) | ☐ Sí<br>☐ No (para aquí) |
| ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 |
| 0 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 | 0 1 2 3 4 5 6 7 ☐ 10<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 | 0 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 | 0 1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 |
| ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 |
| ☐ Sí ☐ No<br>☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No<br>☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No<br>☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No<br>☐ Sí ☐ No |
| ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |


© Centro Alemán de Dolor Pediátrico, Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln, Alemania