Name_____ DOB_____

HEADACHE QUESTIONNAIRE

Describe your headaches:

1. How many in the past month?_____
2. How long do they last (minutes, hours, days)? _____
3. Where do you feel the pain (front, sides, back, top)? _____
4. What makes them worse? _____
5. What makes them better (sleep, acetaminophen)? _____
6. What medicines have you used to treat them? _____
7. What other symptoms do you have when you have headaches?_____
8. When was your vision last checked? _____
9. How many days of school per month do you miss because of headaches? _____
10. Rate your headache severity:
    ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
    ☐Mild ☐Moderate ☐Severe
11. Do bright lights or loud noises bother you when you have a headache? ☐YES ☐NO
12. Do you see bright lights or dark spots before or at the start of a headache? ☐YES ☐NO
13. Do you ever wake up with a headache? ☐YES ☐NO
14. Do you ever wake up vomiting? ☐YES ☐NO
15. Do you have trouble seeing the chalkboard at school or seeing distances? ☐YES ☐NO
16. Does anyone in your family have trouble with headaches or migraines? ☐YES ☐NO

Nombre_____ Fecha De Nacimiento_____

QUESTIONARIO DE DOLORES DE CABEZA

Describa sus Dolores de cabeza:

1. Cuanto ha tenio en el mes pasado? _____
2. Cuanto tiempo duran (minutes, horas, días)? _____
3. Donde sientes el dolor (grente, lados, atrás)? _____
4. Que hace que empeoren? _____
5. Que hace que mejoren (dormir, pastillas)? _____
6. Que medicina han usado para es dolor? _____
7. Que otras symptomas tiñes cuando tienes dolor de cabeza? _____
8. Cuando fue la última vez que te hicieron examen de vista? _____
9. Cuantos días fallas a la escuela por dolores de cabeza? _____
10. Ne que severidad son los dolores:
    ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10
    ☐Leve ☐Moderado ☐Grave
11. Te molestan las luces brillantes o ruidos Fuertes cuando tienes dolor de cabeza? ☐SI ☐NO
12. Miras luces o parches negros antes o al comienzo de un dolor de cabeza? ☐SI ☐NO
13. Despiertas con dolor de cabeza? ☐SI ☐NO
14. Despiertas con vomito? ☐SI ☐NO
15. Se tu hace difícil mirar el pisaron en la escuela o ver a la instancia? ☐SI ☐NO
16. Tiene un familiar problemas de dolor de cabeza o con migrañas? ☐SI ☐NO