

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fecha:							
Síntomas:							
Hora en que comienzan los síntomas:							
Hora en que terminan los síntomas:							
Tipo de dolor: (opresivo, pulsátil, etc)							
Intensidad del dolor: (del 1 al 10)							
Ubicación: (sienes, nuca, etc)							
Tratamiento o medicación tomada:							
Efecto del Tratamiento:							
Horas de sueño:							
Alimentos que tomó en el día*:							
Eventos anteriores al dolor de cabeza: (demasiada actividad, estrés elevado, muchas horas de sueño, etc)							
Comentarios:							

* Considere especialmetne los alimentos desencadenantes típicos: Vino, plátanos, refrescos de cola, cítricos, chocolate, glutamato monosódico, queso, levadura, conservas, café / té, frutos secos, aspartamo.