CALENDARIO DE DOLORES DE CABEZA	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Intensidad del dolor (1) leve; (2) moderado; (3) grave											
Más fuerte en un lado											
Como si me dieran golpes											
Como si me apretaran la cabeza											
Me impide la actividad habitual											
Aumenta con los esfuerzos físicos											
Con náuseas											
Con vómitos											
Me molesta la luz											
Me molestan los ruidos											
Dura aproximadamente (en horas)											
No voy a clase por el dolor de cabeza											
Antes del dolor he tenido sensaciones en la vista											
He tenido mareos											
Respuesta a los analgésicos (1) eficaz; (2) regular; (3) ineficaz											