

**Centro del Dolor de Cabeza Pediátrico**  
**Formulario de admisión del Centro del Dolor**  
**de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

\_\_\_\_\_  
APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la principal preocupación que le gustaría discutir con su médico hoy?

¿Cuál es el objetivo de esta evaluación?

¿Hay algún tratamiento específico que le interese o que quiera evitar?

**Historial médico y quirúrgico** (por favor, **INDIQUE** las enfermedades que padece, los diagnósticos que ha recibido (incluidos los diagnósticos de salud mental) y los especialistas a los que acude):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Historial del nacimiento:**

Su hijo nació: Temprano Tarde A tiempo (Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Semanas)

Tipo de parto:  Vaginal  Cesárea

¿Hubo alguna complicación con el embarazo o el parto?  SÍ  NO

**Historial del desarrollo:**

¿Se alcanzaron a tiempo los principales hitos del desarrollo de su hijo?  SÍ  NO

**Historial familiar:**

¿Algún miembro de su familia tiene dolores de cabeza?  SÍ  NO

En caso afirmativo, ¿quiénes? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes familiares de aneurismas cerebrales, coágulos de sangre o abortos espontáneos? \_\_\_\_\_

¿Algún otro historial familiar que quiera compartir? \_\_\_\_\_



**Formulario de admisión del Centro del Dolor**  
 de Cabeza Pediátrico (Pediatric Headache Center Intake Form)

**Historial social:**

- ¿Quién vive en casa con usted? \_\_\_\_\_
- ¿A qué escuela asiste y en qué grado está? \_\_\_\_\_
- ¿Está en un plan 504 o un programa educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) (marque con un círculo cuál)?  SÍ  NO
- En caso afirmativo, ¿considera que tiene suficiente apoyo con su plan 504 o el programa IEP?  SÍ  NO
- ¿Hay algún problema con su asistencia o con el ausentismo escolar?  SÍ  NO
- ¿Hace ejercicio con regularidad?  SÍ  No
- ¿Duerme adecuadamente?  SÍ  NO
- ¿Le preocupa su salud mental?  SÍ  NO
- ¿Ha sufrido algún acontecimiento o factor de estrés importante en el último año?  SÍ  NO

<input type="checkbox"/> Muerte de un familiar cercano, pariente, amigo o mascota	<input type="checkbox"/> Divorcio o separación	<input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo(a)
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Abuso o trauma	<input type="checkbox"/> Conflicto o acoso escolar (bullying)
<input type="checkbox"/> Cambio de empleo	<input type="checkbox"/> Cambios o dificultades financieras	<input type="checkbox"/> Enfermedad significativa
<input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada	<input type="checkbox"/> Cambios o problemas escolares	

¿Ha tenido que faltar a otras actividades o eventos importantes para usted debido a los dolores de cabeza?  SI  NO \_\_\_\_\_

¿Le preocupa seguir las recomendaciones del tratamiento?  SÍ  NO  
 - En caso afirmativo, explique:

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?  SÍ  NO Indique: \_\_\_\_\_

**Historial del dolor de cabeza:**

¿A qué edad empezó a tener dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Cuándo se hicieron más molestos los dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿cuántos días al mes experimenta CUALQUIER tipo de dolor de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Cuántos de estos días son graves? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo suelen durar sus dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

¿Tiene alguna señal de advertencia de que le va a doler la cabeza?  SÍ  NO

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Dónde se produce su dolor (por favor, marque en las imágenes de abajo)? \_\_\_\_\_



shutterstock.com · 1926361154

¿Cómo se siente su dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su dolor mejore? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su dolor empeore? \_\_\_\_\_

¿Sus dolores de cabeza se producen en un momento determinado del día o pueden empezar en cualquier momento?

¿Qué cree que puede estar causando sus dolores de cabeza?

Por favor, marque con un círculo cualquier síntoma que se produzca **con** sus dolores de cabeza:

Sensibilidad a la luz	Desvanecimiento	Enrojecimiento de los ojos
Sensibilidad al sonido	Zumbidos agudos	Lagrimeo
Náuseas	Zumbidos pulsátiles	Congestión
Vómitos	Vista borrosa	Goteo nasal
	Vista doble	Hinchazón facial
	Dolor al mover los ojos	Enrojecimiento facial
	Vértigo (sensación de que la habitación da vueltas)	Cambios en el tamaño de las pupilas

¿Cuál es su síntoma más molesto? \_\_\_\_\_

Por favor, enumere los síntomas que se producen **entre** los episodios de dolor de cabeza:

**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
 de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

¿Cómo afectan sus dolores de cabeza a su capacidad para participar en su vida diaria?

¿Tiene dolor en otras partes del cuerpo? SÍ NO  
 - En caso afirmativo, ¿dónde se produce ese dolor?

**REVISIÓN DEL ORGANISMO:** Encierre en un círculo cualquier síntoma que esté experimentando actualmente.

Estado mental	Estado neurológico	Estado sistémico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusión</li> <li>• Problemas de memoria</li> <li>• Problemas de sueño o excesiva somnolencia durante el día</li> <li>• Pérdida de interés en las actividades</li> <li>• Problemas con el habla o el lenguaje</li> <li>• Pérdida de conciencia o desmayos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el olfato</li> <li>• Cambios en la visión</li> <li>• Debilidad en la cara o en las extremidades</li> <li>• Alteración de la sensibilidad en la cara o las extremidades</li> <li>• Alteración del equilibrio o la coordinación</li> <li>• Calambres, espasmos o temblores musculares</li> <li>• Zumbidos en los oídos o problemas de audición</li> <li>• Sensación de giro o desvanecimiento</li> <li>• Dificultad para tragar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas con el control de los intestinos o la vejiga</li> <li>• Aumento o pérdida de peso</li> <li>• Intolerancia al calor o al frío</li> <li>• Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos</li> <li>• Pérdida del cabello</li> <li>• Tos con sangre, dificultad para respirar</li> <li>• Palpitaciones, dolor de pecho</li> <li>• Acidez estomacal o reflujo gástrico</li> <li>• Dolor o hinchazón de las articulaciones</li> <li>• Dolor abdominal, estreñimiento, diarrea</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Sarpullidos</li> </ul>

**MEDICAMENTOS** - por favor incluya todos los medicamentos **anteriores y actuales\***:

\*Por favor, indique su mejor estimación para la fecha de inicio.

**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
 de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

**MEDICAMENTOS PARA CASOS AGUDOS** (medicamentos que toma cuando le duele la cabeza):

<b>NOMBRE</b>	<b>Actualment e toma:</b> (Marque lo que corresponda)	<b>Anteriorment e tomó:</b> (Marque lo que corresponda)	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Duración</b>	<b>Dosis</b>	<b>Algún efecto secundario:</b>
<b>Tylenol</b>						
<b>Excedrin</b>						
<b>AINEs (marque con un círculo):</b> Advil/Motrin/Ibuprofen Aleve/Naproxeno Diclofenaco Toradol/Ketorolaco Nabumetona						
<b>TRIPTANES (marque con un círculo):</b> Sumatriptán Oral/Espray Nasal/Inyección (Imitrex) Rizatriptán (Maxalt) Zolmitriptán Oral/Nasal (Zomig) Almotriptán (Axert) Eletriptán (Relpax) Naratriptán (Amerge) Frovatriptán (Frova)						
<b>Tabletas de Ergotamina o DHE</b>						
<b>Espray Nasal (Migranal)</b>						
<b>Antagonistas del CGRP</b> Ubrogapant (Ubrovly) Rimegepant (Nurtec)						
Ondansetrón (Zofran) Prochlorperazine (Compazine) Metoclopramida (Reglan)						
<b>Otros:</b>						

**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
 de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

**MEDICAMENTOS PREVENTIVOS** (medicamentos que toma a diario para prevenir los dolores de cabeza):

<b>NOMBRE</b>	<b>Actualmente toma:</b> (Marque lo que corresponda)	<b>Anteriorment e tomó:</b> (Marque lo que corresponda)	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Duración</b>	<b>Dosis</b>	<b>Algún efecto secundario:</b>
Amitriptilina (Elavil)						
Venlafaxina (Effexor)						
Topiramato (Topomax)						
Valproato o Ácido Valproico (Depakote)						
Gabapentina (Neurontin)						
Propranolol (Inderal)						
Verapamilo (Verelan, Calan)						
Flunarizina (Sibelium)						
Acetazolamida (Diamox)						
Candesartán (Atacand)						
Ciproheptadina (Periactin)						
Indometacina (Indocin)						
Litio (Eskalith, Lithobid)						
Memantina (Namenda)						
Magnesio						
Co-Enzima Q10						
Matricaria (feverfew)						
Melatonina						
Vitamina B2 (Riboflavina)						
Toxina botulínica						
Anticuerpos Monoclonales CGRP: Erenumab (Aimovig); Galcanzumab (Emgality); Fremanezumab (Ajovy); Eptinezumab (Vyepi)						
Bloqueos a los Nervios						
Consultas en la sala de emergencias o en el centro de infusión ¿tratamientos o ingresos? (indique los medicamentos administrados si los conoce):						
<b>Otros:</b>						

**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
 de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

¿Hay algo que impida tomar los medicamentos según lo prescrito? \_\_\_\_\_

**TERAPIAS ADJUNTAS** (terapias no farmacológicas):

<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>Actualmente la realiza:</b> (Marque las que correspondan)	<b>Anteriormente la intentó:</b> (Marque las que correspondan)	<b>Fecha de inicio y finalización</b> (MES/AÑO)	<b>¿Le resultó útil este tratamiento?</b>
Terapia cognitiva-conductual (TCC)				
Biorretroalimentación (biofeedback) o atención plena				
Otros tipos de psicoterapia, terapia de conversación o asesoramiento				
Fisioterapia o terapia física				
Osteopatía				
Homeopatía				
Hipnosis o meditación				
Reflexología				
Curación por la fe				
Masajes				
Estimulación nerviosa transcutánea - Cefaly				
Estimulación magnética transcranial (EMT) - eNeura				
Estimulación del nervio vago - Gammacore				
Neuroestimulación eléctrica remota - Nerivio				

**Indique cualquier otro medicamento, vitamina o suplemento dietético que esté tomando actualmente (por favor, incluya la dosis):**

**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

---

**PedMIDAS**

**En los últimos tres meses:**

1. ¿Cuántos días de escuela se perdieron debido al dolor de cabeza? \_\_\_\_\_ (0 a 90 días)
2. ¿Cuántos días parciales de clase faltó debido al dolor de cabeza (no incluya los días completos contados en la primera pregunta)? \_\_\_\_\_ (0 a 90 días)
3. ¿Cuántos días funcionó a menos de la mitad de su capacidad en la escuela debido al dolor de cabeza (no incluya los días contados en las dos primeras preguntas)? \_\_\_\_\_ (0 a 90 días)
4. ¿Cuántos días no ha podido hacer cosas en casa (por ejemplo, quehaceres, tarea, etc.) debido al dolor de cabeza? \_\_\_\_\_ (0 a 90 días)
5. ¿Cuántos días no participó en otras actividades debido al dolor de cabeza (por ejemplo, jugar, salir, hacer deporte, etc.)? \_\_\_\_\_ (0 a 90 días)
6. ¿Cuántos días participó en estas actividades pero funcionó a menos de la mitad de su capacidad (no incluya los días contados en la 5ª pregunta)? \_\_\_\_\_ (0 a 90 días)

Puntuación total: \_\_\_\_\_

**HIT-6**

**Por favor, marque una casilla para cada pregunta.**

1. Cuando tiene dolores de cabeza, ¿con qué frecuencia el dolor es intenso?  
 Nunca    Rara vez    A veces    Muy a menudo    Siempre
2. ¿Con qué frecuencia los dolores de cabeza limitan su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, como los quehaceres, la escuela, los deportes o las actividades sociales?  
 Nunca    Rara vez    A veces    Muy a menudo    Siempre
3. Cuando tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia desea acostarse?  
 Nunca    Rara vez    A veces    Muy a menudo    Siempre
4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansado para ir a la escuela o hacer sus actividades diarias debido a sus dolores de cabeza?  
 Nunca    Rara vez    A veces    Muy a menudo    Siempre
5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido hartado o irritado a causa de sus dolores de cabeza?  
 Nunca    Rara vez    A veces    Muy a menudo    Siempre
6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los dolores de cabeza limitaron su capacidad de concentración en el trabajo escolar o en las actividades diarias?  
 Nunca    Rara vez    A veces    Muy a menudo    Siempre



**Formulario de admisión del Centro del Dolor  
de Cabeza Pediátrico** (Pediatric Headache Center Intake Form)

---

**To be completed by medical staff** (Para ser llenado por el personal médico (To be completed by medical staff):

<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>
(6 points)		(8 points)		(10 points)		(11 points)		(13 points)

**Total Score:** \_\_\_\_\_