| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| De qué zona se queja? | | | | | | | | | | |
| Como pinchazo? | | | | | | | | | | |
| como golpes? | | | | | | | | | | |
| como casco apretado? | | | | | | | | | | |
| le molesta la luz? | | | | | | | | | | |
| le molestan los ruidos? | | | | | | | | | | |
| nauseas o vómitos? | | | | | | | | | | |
| mareado? | | | | | | | | | | |
| mocos, atascado de nariz? | | | | | | | | | | |
| aumenta con esfuerzo fisico? | | | | | | | | | | |
| necesita calmante? | | | | | | | | | | |
| cuanto tarda en aliviarle? | | | | | | | | | | |
| qué hacía cuando empezó? | | | | | | | | | | |
| algún sonido o destello visual previo? | | | | | | | | | | |
| Mareado? | | | | | | | | | | |
| puede seguir vida normal? | | | | | | | | | | |
| intensidad (1=poco, 4=mucho) | | | | | | | | | | |
| Faltó al colegio? | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |