

Diario Anual de Dolor de Cabeza

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ene																															
Feb																															
Mar																															
Abr																															
May																															
Jun																															
Jul																															
Ago																															
Sep																															
Oct																															
Nov																															
Dic																															

☐	_____	☐	_____
☐	_____	☐	_____
☐	_____	☐	_____

NOTAS:

.....

.....

.....

Este diario puede utilizarse para realizar un seguimiento de sus cefaleas y/o migraña durante un período de tiempo más largo.
 Marque la casilla correspondiente con: Cefalea / Migraña X.

Diario Mensual de Dolor de Cabeza

LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM

Este diario puede utilizarse para realizar un seguimiento de sus cefaleas y/o migraña durante un período mensual.
Marque la casilla correspondiente con: Cefalea / Migraña X. Y anote la duración y medicamentos que ingirió.