

# Diario de migrañas

Fecha: \_\_\_\_\_

Horario en que comenzó la migraña: \_\_\_\_\_

Horario en que terminó la migraña: \_\_\_\_\_

Gravedad, 1-10*	
Señales de advertencia/aura	
Medicamentos utilizados	
Comida/bebida dentro de las 24 hrs.	
Condiciones climáticas	
Otros síntomas (vómitos, confusión)	
Actividades previas al dolor de cabeza	
Nivel de estrés, 1-10**	
Comentarios	

\* Califique la severidad donde 1-3 es poco notable, 4-5 es leve, 6-7 es moderado y 8-10 es grave.

\*\* Clasifique el estrés donde 1-3 es poco estrés, 4-5 es algo de estrés, 6-7 es estrés moderado y 8-10 es estrés severo.