Neurología Integral de Caldas	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD GESTIÓN DOCUMENTAL	EMISIÓN:	13/09/2022
		ACTUALIZACIÓN:	13/09/2027
		SGDC-FT-104	
	DIARIO DE MIGRAÑA	Versión: 01	
NIT:900315383-3		Control: _____	Pág. 1 de 1

Mes _____ **Fecha de menstruación** _____

Día de la semana	*Clasificación*	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
Intensidad de dolor	**Fuerte**																															
	Medio																															
	Leve																															
Localización	**Unilateral**																															
	Bilateral																															
Duración	**Horas**																															
Sintomas asociados	**Náuseas**																															
	Vómito																															
	Molestias a la luz																															
	Molestias con sonido																															
	Hormigueo																															
Desencadenantes identificados	**Ayuno**																															
	Estrés																															
	Insomnio																															
	Otros																															
Medicación aguda	**Tomó medicamento**																															
Consulta Urgencias	**Sí o No**																															

CONTROL DE CAMBIOS

N° VERSIÓN	DETALLE DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
01	Creación del documento	12/09/2022