

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de identificación: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (madre) \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Profesional del cuidado de la salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(Incluir la edad cuando se iniciaron las migrañas, aura o síntomas de la fase inicial en la evolución de dichas migrañas, si ocurre náusea o vómito, cambios visuales, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La medicación se debe tomar al manifestarse los primeros síntomas.