



CHILD NEUROLOGY
CONSULTANTS OF AUSTIN

¡Bienvenido/a al [Programa para dolor de cabeza y migraña](#) de Child Neurology Consultants of Austin!

El Programa para dolor de cabeza y migraña consiste de un equipo de proveedores que se especializan en el diagnóstico y manejo de dolores de cabeza. Nuestros proveedores tienen experiencia en el tratamiento de niños de todas las edades con [dolores de cabeza](#) y trabajan en equipo para administrar las terapias más avanzadas para el manejo de dolores de cabeza. Trabajamos para identificar las posibles causas y encontrar una forma eficaz de ayudar a los niños a manejar su dolor.

Qué puede esperar

En su visita puede esperar recibir una evaluación neurológica integral, seguida por un plan de tratamiento individualizado que contemple tanto el tratamiento de dolores de cabeza agudos como la prevención de futuros episodios de dolores de cabeza. Dentro del programa, los pacientes por lo general serán atendidos por una combinación de neuróloga y enfermera de práctica del programa de dolores de cabeza. Si tiene preguntas específicas respecto a la programación de citas y/o visitas de seguimiento, consulte con su proveedor.

Servicios del Programa para dolor de cabeza y migraña

- Infusiones para dolor de cabeza en nuestros [centros de infusión pediátrica](#) ambulatorios
- Citas urgentes para pacientes que necesitan atención inmediata
- [Inyecciones para dolor de cabeza y migraña](#)
 - Inyecciones de Botox
 - Bloqueo de nervios
 - Bloqueo del ganglio esfenopalatino (GEFP)



Nuestro equipo de proveedores de atención para el dolor de cabeza está compuesto por la Dra. Riddhiben Patel, la Dra. Lindsay Elton y Madison Gonzales, FNP-C.

¡Le esperamos para trabajar juntos y conocerle personalmente

CENTRAL AUSTIN CLINIC & PEDIATRIC INFUSION CENTER
7940 Shoal Creek Blvd, Suite 100
Austin, TX 78757
Phone: (512) 494-4000 | Fax: (512) 494-4024

CEDAR PARK CLINIC
1301 Medical Parkway, Suite 300
Cedar Park, TX 78613
Phone: (512) 494-4000 | Fax: (512) 494 4045

SOUTH AUSTIN CLINIC & PEDIATRIC INFUSION CENTER
5301 Davis Lane, Suite 200A
Austin, TX 78749
Phone: (512) 494-4000 | Fax: (512) 494 4090



CHILD NEUROLOGY
CONSULTANTS OF AUSTIN

PROGRAMA PARA DOLOR DE CABEZA Y MIGRAÑA

Aunque los dolores de cabeza ocasionales son comunes en los niños, los dolores de cabeza y las migrañas frecuentes pueden ser debilitantes e interferir con todos los aspectos de la vida, incluso la calidad del sueño, el desempeño escolar, el apetito y las relaciones con familiares y amigos. El equipo de especialistas pediátricos de Child Neurology Consultants of Austin trabaja estrechamente con la familia para diagnosticar el tipo de dolor de cabeza del niño y ayudar a desarrollar un plan para manejarlo eficazmente.

QUÉ NOS DIFERENCIA DEL RESTO

Nuestro equipo de expertos proporciona los tratamientos más avanzados para el manejo eficaz de dolores de cabeza y migrañas. Esto puede incluir medicamentos recetados e infusiones, así como medicamentos inyectables y terapias sin receta médica.

Contamos con tres localidades, en las zonas sur y centro de Austin, y en Cedar Park, con centros para infusiones en dos de ellas, que nos permiten brindar alivio cercano y cómodo para dolores de cabeza y migraña.

CITAS URGENTES PARA DOLOR DE CABEZA

Estamos disponibles para las necesidades urgentes de su hijo en cuanto a dolores de cabeza y migraña. Si su hijo experimenta cualquiera de los siguientes síntomas, se debe coordinar una cita urgente:

- Dolores de cabeza que persisten por más de 48 horas a pesar de un tratamiento
- Dolores de cabeza cuya frecuencia cambia abruptamente
- Dolores de cabeza cuya calidad o severidad cambia abruptamente

INFUSIONES AMBULATORIAS

Para algunos niños y adultos jóvenes con migrañas complejas y persistentes el tratamiento más eficaz puede ser la terapia con infusión. Child Neurology Consultants of Austin tiene dos centros para infusión ambulatoria pediátrica, en sus clínicas en las zonas centro y sur de Austin. Nuestros centros para infusiones ofrecen una amplia gama de tratamientos eficaces sin necesidad de acudir a un hospital: un enfoque más cómodo, asequible y rápido al tratamiento de dolores de cabeza intratables.

INYECCIONES PARA DOLOR DE CABEZA Y MIGRAÑA

Las inyecciones de Botox y los bloqueos de nervios han demostrado ser de ayuda en el alivio de migrañas y dolores de cabeza crónicos. Las inyecciones para dolor de cabeza y migraña están disponibles en nuestros tres locales.



CHILD NEUROLOGY
CONSULTANTS OF AUSTIN

ENFOQUE DEL EQUIPO

Todos nuestros neurólogos infantiles tratan dolores de cabeza y migrañas. Los niños y adultos jóvenes que padecen de dolores de cabeza y migrañas intratables o difíciles de tratar pueden ser remitidos a nuestro programa para encontrar una solución a largo plazo de una vez y para siempre. El equipo está integrado por:



Lindsay Elton, M.D.
*Directora del Programa para
dolor de cabeza y migraña*



Riddhiben Patel, M.D.



**Madison Gonzales,
FNP-C**

Nuestro programa cuenta con un equipo experimentado que puede adaptar opciones de tratamiento para cada niño. Adoptamos un acercamiento integral a la atención de nuestros pacientes y trabajamos estrechamente con otros proveedores comunitarios para abordar las necesidades de cada paciente. Esto puede incluir remisiones a neuropsiquiatras, terapeutas físicos, neuro-oftalmólogos y otros especialistas, según se indique. Además, como parte de su evaluación, el paciente también puede recibir pruebas de diagnóstico como estudios por medio de imágenes, análisis de laboratorio y punciones lumbares.

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

Comuníquese con Child Neurology Consultants of Austin para obtener más información acerca de nuestro Programa para dolor de cabeza y migraña para niños, adolescentes y adultos jóvenes llamando al (512) 494-4000 o pidiendo una cita en línea. Esperamos servirle en una de nuestras tres cómodas localidades en las zonas centro y sur de Austin, y en Cedar Park.

**Programa para dolor de cabeza y migraña
Formulario de admisión (visita inicial)**

Nombre del niño(a): _____ Fecha de hoy: _____

(Estas preguntas las debe completar el paciente. Si un padre o tutor está ayudando, asegúrate de que las respuestas sean las del paciente. Esta información se usará como ayuda para tu atención médica y puede usarse con propósitos de estudio. Encierra en un círculo todos los que apliquen).

Describe tus dolores de cabeza:

1. ¿A qué EDAD comenzaste a tener dolores de cabeza de CUALQUIER tipo?

A los _____ años

2. ¿Dónde ocurren tus dolores de cabeza? (Encierra en un círculo todos los que apliquen)

Ambas sienes Sien izquierda Sien derecha Frente Parte superior de la cabeza Parte posterior de la cabeza Alrededor de los ojos (ambos / izquierdo / derecho) Detrás de los ojos (ambos / izquierdo / derecho) En toda la cabeza Otro _____

3. ¿Cómo se siente tu dolor de cabeza?

Martilleante Pulsante Opresivo Agudo Punzante Sordo Presionante Como pellizcos Quemante Constante Otro _____.

4. ¿Ocurren auras (advertencias) antes de que empiecen los dolores de cabeza? Sí o NO

Si la respuesta es Sí: Cambios en la vista Cambios en el gusto Cambios en el olfato
Entumecimiento Hormigueo Dificultad para hablar Debilidad en un lado del cuerpo
Otra _____

5. ¿Hay algún síntoma ANTES de que empiece el dolor de cabeza? Sí o NO

Si la respuesta es Sí: Bostezos Sensación de cansancio Sensación de enojo
Ojos hundidos Cara enrojecida Cambios de estado de ánimo
Dolor o rigidez en el cuello Antojos de alimentos específicos Otro _____

6. ¿Cuáles síntomas ocurren DURANTE un dolor de cabeza?

Nauseas Vómitos Sensibilidad a la luz Sensibilidad a los sonidos
Sensibilidad a los olores Mareos Sensación de dar vueltas Ojos enrojecidos
Ojos llorosos Nariz mucosa Menos apetito Dolor de estómago Fatiga
Zumbido en los oídos Cambios en la vista Confusión
Dificultad para: pensar o caminar o usar los brazos o hablar Otro _____

7. ¿Cuánto dura un dolor de cabeza?

Promedio: _____ minutos / horas / días

Más largo _____ minutos / horas / días

8. Como promedio, ¿qué tan malos son tus dolores de cabeza? (Elige UNA respuesta)
Leves Moderados Graves
9. ¿Con qué frecuencia ocurre el dolor de cabeza?
<1 /mes 1 a 3 /mes 1 /semana 2 a 3/semana >3 /semana
10. ¿Hay detonantes que puedan dar inicio a un dolor de cabeza? Sí o NO:
Si la respuesta es Sí: Estrés Falta de sueño Saltarse comidas Hambre Olores Luces
Ruidos Menstruación Clima Escuela Cafeína
11. ¿Empeora el dolor de cabeza con la actividad o los juegos? Sí o NO
12. ¿A qué porcentaje puedes funcionar cuando tienes dolor de cabeza?
100% 75% 50% 25% 0%
13. ¿En qué momento del día ocurren mayormente tus dolores de cabeza?
Mañana Tarde Noche (temprano) Noche (tarde) Mientras duermo

Tratamiento para los dolores de cabeza:

1. ¿Estás **ACTUALMENTE** tomando algún medicamento para tus dolores de cabeza? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿cuál? _____
2. ¿Funciona? Sí / NO / QUIZÁS
3. En el pasado, ¿has tomado alguna medicina para los dolores de cabeza? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿cuál? _____
4. ¿Has tenido que ir a la sala de emergencias o atención urgente debido a los dolores de cabeza?
Sí o NO
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo fue la visita más reciente? _____

Incapacidad causada por los dolores de cabeza:

Las siguientes preguntas son para evaluar cuánto están afectando los dolores de cabeza tu actividad cotidiana. No hay una respuesta “correcta” o “incorrecta”, así que escribe tu mejor estimación.

1. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días completos de escuela perdiste debido a dolores de cabeza? _____
2. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días parciales de escuela perdiste debido a dolores de cabeza?
(No incluyas los días completos contados en la Pregunta #1) _____
3. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días funcionaste a menos de la mitad de tu capacidad en la escuela debido a un dolor de cabeza?
(No incluyas los días contados en las Preguntas #1 y #2) _____

4. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días no pudiste hacer cosas en la casa debido a un dolor de cabeza? (Por ejemplo: tareas de la casa, deberes de la escuela, etc.) _____
5. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días dejaste de participar en otras actividades debido a un dolor de cabeza? (Por ejemplo: jugar, salir afuera, practicar deportes, etc.) _____
6. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días participaste en estas actividades, pero fueron días en los que funcionaste a menos de la mitad de tu capacidad? (No incluyas los días contados en la Pregunta #5) _____

Hábitos saludables:

1. ¿Cuánto líquido en total bebes al día? _____ onzas o litros
2. ¿Bebes bebidas que contienen cafeína? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿Cuántas veces a la semana? _____
3. ¿Te saltas comidas? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿Cuántas veces a la semana? _____
4. ¿Cuántas horas duermes por las noches? _____
5. ¿Haces ejercicio? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿Cuántas veces y cuánto tiempo a la semana? _____

Otras afecciones médicas y revisión de sistemas:

1. ¿Alguna vez te han diagnosticado una afección médica o psiquiátrica?
Traumatismo craneal Infecciones cerebrales Convulsiones Derrames cerebrales
TDA/TDAH Asma
Alergias estacionales Sinusitis recurrente Depresión Ansiedad
Otra: _____
2. ¿Has tenido una conmoción cerebral o una herida importante en la cabeza en el pasado? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: Explica: _____
3. ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas?
Mareo por movimiento/vehículo Dificultad para dormir Sonambulismo Hablar dormido
Terror nocturnos Ronquidos Episodios repetidos de dolor de estómago/vómitos (sin dolor de cabeza)

Desmayos Sensación de ansiedad Sensación de depresión Timidez Baja autoestima
Preocupación excesiva
Dificultad en la escuela con: Acosadores Deberes (tareas) Calificaciones.
4. ¿Te han hecho exámenes por imágenes de la cabeza o del cerebro en el pasado? Sí o NO

Si la respuesta es Sí: Explica: _____

5. ¿Consultas a otros especialistas por cualquier motivo? Sí o NO

Si la respuesta es Sí: Explica: _____

Historial social:

1. ¿En qué grado escolar estás? _____
2. ¿Cuál es tu rendimiento escolar (es decir, calificaciones)? A B C D F
3. ¿Con quién vives? _____

Historial familiar:

1. ¿Tiene alguien de tu familia un historial de migrañas? _____
2. ¿Tiene alguien de tu familia algún otro tipo de dolor de cabeza que no sea migraña? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: explica _____

Historial de menstruación y migrañas: (solo para hembras)

1. ¿Ya tuviste tu primer período menstrual? Sí o NO
2. ¿Tienes regularmente dolores de cabeza con tus períodos? _____
3. ¿Usas anticonceptivos? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿qué tipo? _____

Dibuja qué se siente cuando tienes un dolor de cabeza:



CHILD NEUROLOGY
CONSULTANTS OF AUSTIN

Categoría																																						
Clasificación HA																																						
Medicamento																																						

Mes: _____

Día	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							
Categoría																																						
Clasificación HA																																						
Medicamento																																						

Mes: _____

Día	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							
Categoría																																						
Clasificación HA																																						
Medicamento																																						

Adaptado de la Sociedad Americana de Cefaleas

Preparado por: Dra. Riddhiben Patel, M.D.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de hoy: _____

(Estas preguntas las debe completar el paciente. Si un padre o tutor está ayudando, asegúrate de que las respuestas sean las del paciente. Esta información se usará como ayuda para tu atención médica y puede usarse con propósitos de estudio. Encierra en un círculo todos los que apliquen).

Describe tus dolores de cabeza:

1. En general, ¿cómo dirías que están tus dolores de cabeza?

Mejor Igual Peor

2. Desde la última visita, ¿cómo dirías que están tus dolores de cabeza?

Mejor Igual Peor

3. ¿Con qué frecuencia ocurre el dolor de cabeza?

<1 /mes 1 a 3 /mes 1 /semana 2 a 3 /semana >3 /semana

4. ¿Dónde ocurren tus dolores de cabeza? (Encierra en un círculo todos los que apliquen):

Ambas sienes Sien izquierda Sien derecha Frente

Parte superior de la cabeza Parte posterior de la cabeza

Alrededor de los ojos (ambos / izquierdo / derecho)

Detrás de los ojos (ambos / izquierdo / derecho) En toda la cabeza Otro _____

5. ¿Cómo se siente tu dolor de cabeza?

Martilleante Pulsante Opresivo Agudo Punzante Sordo Presionante Como pellizcos Quemante Constante Otro _____

6. ¿Hay algún síntoma ANTES de que empiece el dolor de cabeza? SÍ o NO

Si la respuesta es SÍ: Bostezos Sensación de cansancio

Sensación de enojo Ojos hundidos Cara enrojecida

Cambios de estado de ánimo Dolor o rigidez en el cuello

Antojos de alimentos específicos Otro _____

7. ¿Cuáles síntomas ocurren DURANTE un dolor de cabeza?

Nauseas Vómitos Sensibilidad a la luz Sensibilidad a los sonidos Sensibilidad a los

olores Mareos Sensación de dar vueltas Ojos enrojecidos Ojos llorosos Nariz mucosa

Menos apetito Dolor de estómago Fatiga Zumbido en los oídos Cambios en la vista

Confusión Dificultad para: pensar o caminar o usar los brazos o hablar

Otro _____

8. ¿Cuánto dura un dolor de cabeza?

Promedio: _____ minutos / horas / días

Más largo _____ minutos / horas / días

9. Como promedio, ¿qué tan malos son tus dolores de cabeza? (Elige UNA respuesta) Leves

Moderados Graves

10. Desde tu última visita, ¿cuántos días de escuela has perdido debido a los dolores de cabeza?

11. Durante un dolor de cabeza, ¿te duele alguna de estas partes del cuerpo?

Cuero cabelludo Pelo Senos nasales Cuello
Brazos/Piernas

Tratamiento para los dolores de cabeza:

1. ¿Cuáles medicamentos tomas cuando tienes un dolor de cabeza? (Tratamiento agudo)

2. ¿Funciona? SÍ / NO / QUIZÁS

3. ¿Cuáles medicamentos estás tomando para prevenir los dolores de cabeza? (Tratamiento diario) _____

4. Además de tu medicamento para los dolores de cabeza, ¿estás tomando OTROS medicamentos recetados?

SÍ o NO

Si la respuesta es SÍ, escríbelos aquí: _____

Incapacidad causada por los dolores de cabeza:

Las siguientes preguntas son para evaluar cuánto están afectando los dolores de cabeza tu actividad cotidiana. No hay una respuesta “correcta” o “incorrecta”, así que escribe tu mejor estimación.

1. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días completos de escuela perdiste debido a dolores de cabeza? _____

2. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días parciales de escuela perdiste debido a dolores de cabeza?

a. (No incluyas los días completos contados en la Pregunta #1) _____

3. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días funcionaste a menos de la mitad de tu capacidad en la escuela debido a un dolor de cabeza? (No incluyas los días contados en las Preguntas #1 y #2)

4. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días no pudiste hacer cosas en la casa debido a un dolor de cabeza?

a. (Por ejemplo: tareas de la casa, deberes de la escuela, etc.) _____

5. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días dejaste de participar en otras actividades debido a un dolor de cabeza? (Por ejemplo: jugar, salir afuera, practicar deportes, etc.) _____

6. En los pasados 3 meses, ¿cuántos días participaste en estas actividades, pero fueron días en los que funcionaste a menos de la mitad de tu capacidad? (No incluyas los días contados en la Pregunta #5) _____

Hábitos saludables:

1. ¿Cuánto líquido en total bebes al día? _____ onzas o litros
2. ¿Bebes bebidas que contienen cafeína? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿Cuántas veces a la semana? _____
3. ¿Te saltas comidas? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿Cuántas veces a la semana? _____
4. ¿Cuántas horas duermes por las noches? _____ horas
5. ¿Haces ejercicio? Sí o NO
Si la respuesta es Sí: ¿Cuántas veces y cuánto tiempo a la semana? _____

Historial social:

1. ¿En qué grado escolar estás? _____
2. ¿Cuál es tu rendimiento escolar (es decir, calificaciones)? A B C D F
3. ¿Con quién vives? _____