

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuál fue la fecha de su lesión? _____ Fecha de Hoy: _____

Por favor, marque en las casillas a continuación para indicar si está experimentando alguno de los siguientes síntomas en la lista:

SÍNTOMAS:	DESDE LA LESIÓN:	ANTES DE LA LESIÓN:
Dolor de cabeza		
Presión en la cabeza		
Dolor de cuello		
Náuseas		
Vómitos		
Mareos		
Visión borrosa		
Problemas de equilibrio		
Sensibilidad a la luz		
Sensibilidad al sonido		
Sensación de lentitud		
Sentirse en una niebla		
No sentirse bien		
Dificultad para concentrarse		
Dificultad para recordar		
Fatiga o poca energía		
Confusión		
Somnolencia		
Dificultad para dormir		
Más emocional		
Irritable		
Triste		
Nervioso o ansioso		
No sentirse normal		
Otro (Escriba)		
Otro (Escriba)		
Otro (Escriba)		
Otro (Escriba)		