

Diario Miccional

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Hora	Bebidas		Baño		Goteas accidentales?	Fuerte urgencia por orinar?	Qué estaba haciendo en el momento?
	Que tipo?	Cuanto?	Cuántas veces?	Cuánta orina?			
Ejemplo:	Café	Vaso de 6oz	✓✓✓	Como 8oz	Si - mediano	Si	(Tosiendo, riéndose, levantándose de una silla, etc)
6 am							
7 am							
8 am							
9 am							
10 am							
11 am							
12 pm							
1 pm							
2 pm							
3 pm							
4 pm							
5 pm							
6 pm							
7 pm							
8 pm							
9 pm							
10 pm							
11 pm							
12 am							
1 am							
2 am							
3 am							
4 am							
5 am							

El número medio de toallas utilizados durante el día: _____

Los síntomas urinarios afectan su vida diaria? _____