

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Inventario De Trastornos Genitourinarios

**¿Tiene alguno de estos síntomas?...**

**¿De ser así, que tanto le molestan?**

		Para nada	Poco	Moderado	Mucho
¿Orina frecuentemente?	S / N	1	2	3	4
¿Orina por la noche?	S / N	1	2	3	4
¿Se orina debido a la sensación de urgencia?	S / N	1	2	3	4
¿Se orina debido a actividades físicas, tos, o por estornudar?	S / N	1	2	3	4
¿Se orina sin relacion a la sensación de urgencia o a las actividades físicas?	S / N	1	2	3	4
¿Cantidades pequeñas de escape de orina (gotas)?	S / N	1	2	3	4
¿Cantidades grandes de escape de orina?	S / N	1	2	3	4
¿Dificultad para vaciar la vejiga?	S / N	1	2	3	4
¿Dolor o molestias en al área abdominal o en la área genital?	S / N	1	2	3	4