

Nombre del paciente: _____

Fecha _____ Hora _____ practica procedimiento el Dr. _____

A continuación realizaremos algunas preguntas que nos permitirán saber un poco más acerca de su caso, léalas con atención y responda las preguntas generales y luego las correspondientes a Mujer u Hombre según sea su caso:

1. ¿En este momento tiene sonda uretral? SI ___ NO ___
2. ¿Ha tenido sonda uretral anteriormente? SI ___ NO ___
3. A continuación seleccione la opción indicada de acuerdo a las características de su orina:
 - ¿El chorro de orina es grueso? SI ___ NO ___
 - ¿El chorro de orina se corta? SI ___ NO ___
 - ¿Hace fuerza para orinar? SI ___ NO ___
 - ¿Gotea después de orinar? SI ___ NO ___
4. ¿Usualmente se levanta en la noche a orinar? SI ___ NO ___
5. Cuantas veces: _____
6. Usualmente cuantas veces orina en el día: _____
7. ¿Al terminar de orinar queda con sensación de aun tener ganas? SI ___ NO ___
8. ¿Le han practicado antes una Urodinamia? SI ___ NO ___
9. ¿Presenta incontinencia cuando tose o estomuda? SI ___ NO ___
10. ¿Presenta incontinencia sin realizar ningún esfuerzo físico? SI ___ NO ___
11. ¿Le han realizado alguna cirugía para la incontinencia? SI ___ NO ___
12. ¿Le han colocado cinta vaginales? (Mujeres) SI ___ NO ___
13. ¿Le han realizado cirugía de próstata? (Hombres) SI ___ NO ___
14. ¿Ha presentado infección urinaria recientemente? SI ___ NO ___
15. ¿Cuándo le dan ganas de orinar debe ir con urgencia? SI ___ NO ___

FIRMA PACIENTEDr. _____
MEDICO URÓLOGO

Nombre del paciente: _____

Fecha _____ Hora _____ practica procedimiento el Dr. _____

A continuación realizaremos algunas preguntas que nos permitirán saber un poco más acerca de su caso, léalas con atención y responda las preguntas generales y luego las correspondientes a Mujer u Hombre según sea su caso:

1. ¿En este momento tiene sonda uretral? SI ___ NO ___
2. ¿Ha tenido sonda uretral anteriormente? SI ___ NO ___
3. A continuación seleccione la opción indicada de acuerdo a las características de su orina:
 - ¿El chorro de orina es grueso? SI ___ NO ___
 - ¿El chorro de orina se corta? SI ___ NO ___
 - ¿Hace fuerza para orinar? SI ___ NO ___
 - ¿Gotea después de orinar? SI ___ NO ___
4. ¿Usualmente se levanta en la noche a orinar? SI ___ NO ___
5. Cuantas veces: _____
6. Usualmente cuantas veces orina en el día: _____
7. ¿Al terminar de orinar queda con sensación de aun tener ganas? SI ___ NO ___
8. ¿Le han practicado antes una Urodinamia? SI ___ NO ___
9. ¿Presenta incontinencia cuando tose o estomuda? SI ___ NO ___
10. ¿Presenta incontinencia sin realizar ningún esfuerzo físico? SI ___ NO ___
11. ¿Le han realizado alguna cirugía para la incontinencia? SI ___ NO ___
12. ¿Le han colocado cinta vaginales? (Mujeres) SI ___ NO ___
13. ¿Le han realizado cirugía de próstata? (Hombres) SI ___ NO ___
14. ¿Ha presentado infección urinaria recientemente? SI ___ NO ___
15. ¿Cuándo le dan ganas de orinar debe ir con urgencia? SI ___ NO ___

FIRMA PACIENTEDr. _____
MEDICO URÓLOGO