

Nº del participante

CONFIDENCIAL

DÍA

MES

AÑO

Fecha de hoy

Asuntos sexuales

Le agradeceríamos si pudiera contestar las siguientes preguntas pensando en cómo se ha sentido, en promedio, durante las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.

1. **Por favor escriba su fecha de nacimiento:**

DÍA MES AÑO

2a. **¿Tiene dolor o incomodidad debido a sequedad de la vagina?**

para nada 0
un poco 1
algo 2
mucho 3

2b. **¿Qué tanto le molesta esto?**

Por favor marque con un círculo un número entre 0 (para nada) y 10 (extremadamente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
para nada extremadamente

3a. **¿En qué grado siente que su vida sexual ha sido afectada por sus síntomas urinarios?**

para nada 0
un poco 1
algo 2
mucho 3

3b. **¿Qué tanto le molesta esto?**

Por favor marque con un círculo un número entre 0 (para nada) y 10 (extremadamente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
para nada extremadamente

4a. **¿Tiene dolor durante la penetración sexual (coito)?**

para nada 0
un poco 1
algo 2
mucho 3
No tengo el coito (penetración sexual) 4

4b. **¿Qué tanto le molesta esto?**

Por favor marque con un círculo un número entre 0 (para nada) y 10 (extremadamente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
para nada extremadamente

5a. ¿Se le escapa la orina durante la penetración sexual (coito)?

para nada 0

un poco 1

algo 2

mucho 3

No tengo el coito (penetración sexual) 4

5b. ¿Qué tanto le molesta esto?

Por favor marque con un círculo un número entre 0 (para nada) y 10 (extremadamente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

para nada

extremadamente

© BFLUTS

Muchas gracias por contestar estas preguntas.