

--	--	--	--	--	--

DÍA                      MES                      AÑO

**Fecha de hoy**

**CONFIDENCIAL**

## Síntomas urinarios

Mucha gente tiene síntomas urinarios parte del tiempo. Estamos tratando de averiguar cuánta gente tiene síntomas urinarios y qué tanto le molestan. 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. Durante la noche, ¿cuántas veces tiene que levantarse para orinar, en promedio?**

ninguna  0

una  1

dos  2

tres  3

cuatro o más  4

**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. ¿Tiene una urgente necesidad de ir de prisa al baño para orinar?**

nunca  0

muy pocas veces  1

algunas veces  2

la mayor parte del tiempo  3

todo el tiempo  4

**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 en la vejiga?**

nunca  0

muy pocas veces  1

algunas veces  2

la mayor parte del tiempo  3

todo el tiempo  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



**8a. ¿Usted para y comienza nuevamente más de una vez mientras orina?**

- nunca  0  
 muy pocas veces  1  
 algunas veces  2  
 la mayor parte del tiempo  3  
 todo el tiempo  4

**8b. ¿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

**Puntaje V: sume los puntajes del 6a al 8a**

**9a. ¿Se le escapa la orina antes de que pueda llegar al baño?**

- nunca  0  
 muy pocas veces  1  
 algunas veces  2  
 la mayor parte del tiempo  3  
 todo el tiempo  4

**9b. ¿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

**10a. ¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?**

- nunca  0  
 una vez por semana o menos  1  
 de dos a tres veces por semana  2  
 una vez al día  3  
 varias veces al día  4

**10b. ¿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

**11a. ¿Se le escapa la orina cuando está activo/a físicamente, se esfuerza, tose o estornuda?**

- nunca  0  
 muy pocas veces  1  
 algunas veces  2  
 la mayor parte del tiempo  3  
 todo el tiempo  4

**11b. ¿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

**12a. ¿Se le escapa la orina por razones no obvias y sin sentir que necesita orinar?**

- nunca  0  
 muy pocas veces  1  
 algunas veces  2  
 la mayor parte del tiempo  3  
 todo el tiempo  4

**12b. ¿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

**13a. ¿Se le escapa la orina mientras duerme?**

- nunca  0  
 muy pocas veces  1  
 algunas veces  2  
 la mayor parte del tiempo  3  
 todo el tiempo  4

**13b. ¿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

**Puntaje I: sume los puntajes del 9a al 13a**