



Paciente _____


Edad _____

Instrucciones:

Fecha _____

Día: 1-2-3

1. En la columna 1 (Hora) marca con una "x" la hora a la que te despiertas y con un círculo la hora a la que te duermes.
2. En la columna 2 (Micción) marca con una "x" cada vez que orinas en el inodoro.
3. En la columna 3 (Accidentes) marca con una "x" cada vez que pierdas orina accidentalmente.
4. En la columna 4 indica la causa del accidente. Por ejemplo: toser, brincar, cargar algo pesado o marca con una "x" si fue por urgencia repentina.
5. En la columna 5 (Líquidos) describe lo que tomas en el día señalado el tipo (agua, té, refresco, café, jugo) y la cantidad en (ml o 1/2 taza, 1 taza).
6. En la columna 6 (Protectores) marca con una "x" cada vez que inicias a utilizar un protector.

							
Hora	Micción	Accidentes	Actividades	Urgencia	Tipo	Cantidad	Protectores
6:00 am							
7:00 am							
8:00 am							
9:00 am							
10:00 am							
11:00 am							
12:00 pm							
1:00 pm							
2:00 pm							
3:00 pm							
4:00 pm							
5:00 pm							
6:00 pm							
7:00 pm							
8:00 pm							
9:00 pm							
10:00 pm							
11:00 pm							
12:00 am							
1:00 am							
2:00 am							
3:00 am							
4:00 am							
5:00 am							

Paciente _____

Edad _____

Fecha _____

Día: 1-2-3

							
Hora	Micción	Accidentes	Actividades	Urgencia	Tipo	Cantidad	Protectores
6:00 am							
7:00 am							
8:00 am							
9:00 am							
10:00 am							
11:00 am							
12:00 pm							
1:00 pm							
2:00 pm							
3:00 pm							
4:00 pm							
5:00 pm							
6:00 pm							
7:00 pm							
8:00 pm							
9:00 pm							
10:00 pm							
11:00 pm							
12:00 am							
1:00 am							
2:00 am							
3:00 am							
4:00 am							
5:00 am							