

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**1.- En la familia alguien tuvo o tiene el mismo problema:** ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

**2.- Edad a la que dejó el pañal:**

a) DÍA: ( ) antes de los 2 años ( ) 2-3 años ( ) 4-5 años ( ) después de los 5 años ( ) aún utiliza

b) NOCHE: ( ) antes de los 2 años ( ) 2-3 años ( ) 4-5 años ( ) después de los 5 años ( ) aún utiliza

**3.- Frecuencia de micciones o escapes durante la noche:**

( ) Ninguna ( ) 5 a 7 noches/ semana ( ) 3 a 4 noches/ semana ( ) 1 a 2 noches/ semana

( ) 2 o mas noches/ mes ( ) 1 noche por mes ( ) 2 o mas noches en los últimos 6 meses ( ) 1 vez en los últimos 6 meses ( ) no sabe

**4.- Número de veces que moja la cama por noche:**

( ) Ninguna ( ) 1 vez ( ) mas de una ( ) no sabe

**5.- Síntomas durante el día**

a) Número de veces que orina por día:

( ) 4 a 7 veces/día ( ) menos de 3 veces/día ( ) más de 8 veces/ día

b) Después de orinar hay sensación de seguir orinando? ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

c) Puja (hace esfuerzo) para orinar: ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

d) Cómo es el chorro (comparado con otro niño)? ( ) fuerte y grueso ( ) débil y delgado ( ) intermitente ( ) no sabe

e) Necesidad urgente de orinar al momento tener ganas (urgencia)? ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

f) Escape de orina durante la urgencia o sin sentir? ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

g) Moja la ropa interior/ pantaleta durante el día? ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

h) Escape sin urgencia? ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

i) Realiza alguna maniobra para que no se le escape la orina (cruzar las piernas)? ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

j) Goteo continuo de orina?: ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

**6.- Síntomas digestivos**

a) Estreñimiento (puja para evacuar, hace bolitas, abundante y duro, con dolor o con sangre):

( ) sí ( ) no ( ) no sabe

b) Mancha la ropa de popo: ( ) sí ( ) no ( ) no sabe

**7.- Infecciones urinarias comprobadas** con exámenes de orina: ( ) sí ( ) no Cuantas veces y en que tiempo \_\_\_\_\_ con fiebre? ( ) sí ( ) no