


REGISTRO MICCIONAL DIARIO

 Urólogo <i>Clínica Privada S.A.</i>	Orinó?					Incontinencia	
	Cuántas veces?	Sintió fuerte y repentina urgencia de orinar?		Tuvo pérdida de orina?		Qué tanta orina se le escapó? (poco, regular, mucho)	Qué estaba haciendo en ese momento? (riendo, estornudando, tosiendo, etc)
Ejemplo	1	Si	<input checked="" type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Si	No	Regular	Tosiendo
Ejemplo	1	<input checked="" type="radio"/> Si	No	Si	<input checked="" type="radio"/> No	-	-
6-8 a.m.		Si	No	Si	No		
8-10 a.m.		Si	No	Si	No		
10-12 m.		Si	No	Si	No		
12-2 p.m.		Si	No	Si	No		
2-4 p.m.		Si	No	Si	No		
4-6 p.m.		Si	No	Si	No		
6-8 p.m.		Si	No	Si	No		
8-10 p.m.		Si	No	Si	No		
10-12 a.m.		Si	No	Si	No		
12-2 a.m.		Si	No	Si	No		
2-4 a.m.		Si	No	Si	No		
4-6 a.m.		Si	No	Si	No		