

¿Ha probado modificación del comportamiento? Algunos ejemplos incluyen lo siguiente: Ingesta de líquidos reducida, Reducción del consumo de cafeína, Los ejercicios de Kegel, Terapia física, o Cambios del estilo de vida. **Círcule lo que ha hecho.**

¿Cuál es su nivel de frustración manejando los síntomas de la vejiga? Elija una respuesta:

Ninguna frustración=0
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Completamente frustrada=10

¿Quiere saber más sobre opciones de tratamiento fuera de medicamentos?

Sí____ No____

Calificación de los Síntomas de la Vejiga Hiperactiva

Instrucciones: Marque con un círculo la respuesta que aplica mejor a Ud.:

1) Típicamente, ¿cuántas veces orina Ud. desde levantarse por la mañana hasta acostarse por la noche?

7 veces o menos
Entre 8 y 14 veces
15 veces o más

2) Típicamente, ¿cuántas veces se levanta Ud. a orinar desde acostarse por la noche hasta levantarse por la mañana?

0
1
2
3 veces o más

3) ¿Cada cuánto tiene Ud. un deseo repentino de orinar, lo que es difícil aguantar?

Nunca
Menos que una vez por semana
Una vez por semana o más
Una vez al día
Entre 2 y 4 veces al día
5 veces o más al día

4) ¿Cada cuánto gotea orina debido a no poder aguantar el deseo repentino de orinar?

Nunca
Menos de una vez por semana
Una vez por semana o más
Una vez al día
Entre 2 y 4 veces al día
5 veces o más al día

Calidad de vida debido a los problemas urinarios:

Si tuviera que pasar el resto de su vida con su condición urinaria, así como es ahora, ¿cómo se sentiría Ud. acerca de eso?

Contenta=0
0 1 2 3 4 5
Completamente descontenta=5

