



La Fecha:

En un esfuerzo por brindar la mejor experiencia durante su visita a la oficina hoy y para ayudarnos a mantener la corriente en su salud por favor, tómese unos minutos para completar las siguientes preguntas. Gracias

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono : _____ (C) _____

Proveedor de atención primaria : _____

Número de teléfono : _____ Email: _____ Notas:

Calificar su salud de vejiga

1. Qué se le escapa orina con reír, toser, estornudar, hacer ejercicio o levantar objetos pesados? **Si NO**
2. Qué se le escapa orina cuando se siente la necesidad de vaciar la vejiga, pero no puede llegar al baño lo suficientemente rápido? **Si NO**
3. Qué se pone la ropa interior de protección " por si acaso "
¿cuántos al día? _____ **Si NO**
4. ¿alguna vez siente que no puede vaciar completamente la vejiga? **Si NO**
5. ¿alguna vez experimenta dolor durante o después de vaciar su vejiga? **Si NO**
6. ha tenido tres o más infecciones de la vejiga en los últimos seis meses? **Si NO**
7. ¿cuantas veces te levantas por la noche para orinar?
¿ veces por noche? _____ **Si NO**
8. ¿Está usted interesado en aprender más acerca de una "cura" conservadora que no implica cirugía o medicamentos? **Si NO**

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Refer to PFR? **YES NO**

Provider: