

AUA CÁLCULO DE LOS SÍNTOMAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

(Escoge Un Número Para Cada Pregunta)	Nada/ Nunca	Menos De Uno De Cada Cinco Veces	Menos De La Mitad Del Tiempo	La Mitad Del Tiempo	Más De La Mitad Del Tiempo	Casi Siempre
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia usted ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el mes pasado, ¿cuántas veces usted ha tenido que volver a orinar menos de dos horas después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia usted ha detenido y iniciado de nuevo varias veces al orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia usted no ha podido de posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido que empujar o hacer un esfuerzo para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	Una Vez	Dos Veces	Tres Veces	Cuatro Veces	Cinco O Más
Durante el mes pasado, ¿cuántas veces usted ha despertado durante la noche para orinar?	0	1	2	3	4	5

CÁLCULO DE LOS SÍNTOMAS: 1-7 (Leve)

8-19 (Moderado)

20-35 (Serio)

TOTAL: _____