UROMIN®
INSTITUTO UROLÓGICO DE INVASIÓN MÍNIMA

Diario Miccional

Nombre: _____

Fecha: _____

Hora	**Bebidas**		**Viajes al baño**				**Urgencia**				**Salida involuntaria de orina**			**¿Qué estaba haciendo?**	**¿Estaba despierto o dormido?**		**Pañales o protectores que utilizó**
				¿Cuánta orina?													
¿A qué hora pasó?	¿Qué tipo?	¿Cuánto?	¿Cuántas veces?	Poco	Moderado	Mucho	¿Fue urgente orinar?		¿Con dolor?		¿Cuánto fue?			¿Tuvo relaciones sexuales, tosió, estornudo, etc.?	Despierto	Dormido	¿Cuántos?
							Si	No	Si	No	Poco	Moderado	Mucho				
Ejemplo																	
6-7 am																	
7-8 am																	
8-9 am																	
9-10 am																	
10-11 am																	
11-12 am																	
12-1 pm																	
1-2 pm																	
2-3 pm																	
3-4 pm																	
4-5 pm																	
5-6 pm																	
6-7 pm																	
7-8 pm																	
8-9 pm																	
9-10 pm																	
10-11 pm																	
11-12 pm																	
12-1 am																	
1-2 am																	
2-3 am																	
3-4 am																	
4-5 am																	
5-6 am																	