DIARIO MICCIONAL

Paciente: _____ Fecha: _____

		MICCIONES NORMALES									
HORA	**LIQUIDOS**		**¿CUANTAS VECES?**	**CANTIDAD ORINADA**			**PERDIDAS INVOLUNTARIAS DE ORINA**			**ACTIVIDAD RELACIONADA CON LAS PERDIDAS**	**SI UTILIZAR PAÑALES ESPECIFIQUE CANTIDAD Y TIPO**
	CANTIDAD	**TIPO**		**POCO**	**MED.**	**ABUND.**	**POCO**	**MED.**	**ABUND.**	**Toser, reírse, fregar,**	
12 m – 1 a.m											
1 a.m-2 a.m											
2 a.m-3 a.m											
3 a.m-4 a.m											
4 a.m-5 a.m											
5 a.m-6 a.m											
6 a.m-7 a.m											
7 a.m-8 a.m											
8 a.m-9 a.m											
9 a.m-10 a.m											
10 a.m-11 a.m											
11 a.m-12 m											
12 m- 1 p.m											
1 p.m-2 p.m											
2 p.m-3 p.m											
3 p.m-4 p.m											
4 p.m-5 p.m											
5 p.m-6 p.m											
6 p.m-7 p.m											
7 p.m-8 p.m											
8 p.m-9 p.m											
9 p.m-10 p.m											
10 p.m-11 p.m											