



Actividades Urinarias de la Prostata y Calidad de Vida

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

	Ninguna Vez	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aproximadaa entre la mitad de las veces	Mas de la mitad de las veces	Casi siempre	Su Resultado
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, Cuantas veces tuvo usted la sensacion de no haber terminado de horinar?	0	1	2	3	4	5	
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, Cuantas veces tuvo usted que orinar nuevamente despues de menos de dos horas de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5	
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, Cuantas veces noto usted que cuando estaba orinando, usted paro y comenzo a orinar varias veces?	0	1	2	3	4	5	
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, Cuantas veces not usted que cuando tenia que orinar, tenia que hacerlo pronto, ya que no podia esperar?	0	1	2	3	4	5	
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, Cuantas veces tuvo usted un chorro debil de orina?	0	1	2	3	4	5	
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, Cuantas veces tuvo usted que pujar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	

	Ninguna Vez	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 o Mas Veces	Su Resultado
Durante aproximadamadamente el ultimo mes, en general, Cuantas veces tuvo usted que levantarse para orinar, desde el momento en que usted se acosto por la noche, hasta el momento en que se levanto por la mañana?	0	1	2	3	4	5	

Total de las Respuestas Sobre los sintomas de la Prostata	
--	--

Total score: 0-7 Mildly symptomatic; 8-19 moderately symptomatic; 20-35 severely symptomatic.

Apnea Del sueño–Cuestionario de Deteccion	Si	No
1. Ronca muy fuerte (mas que hablar o lo suficientemente alto para ser escuchado a traves de puertas cerradas)?		
2. Se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el dia?		
3. Alguien ha observado que dejà de respirar durante el sueño?		
4. Tienes o estas recibiendo tratamiento para la presion arterial alta?		