NOMBRE: FECHA:

DIARIO MICCIONAL

HORA	LIQUIDOS INGERIDOS		MICCIONES	PÉRDIDAS DE ORINA			SENSACIÓN DE URGENCIA		¿Qué estaba haciendo en el momento de la pérdida?
24H	Tipo	Cantidad	Cantidad	Poco	Moderada	Abundante	SI	NO	

Conciencia Mujer