

**Nombre del paciente:**

**Fecha:**

- |                            |                       |         |                       |      |                       |         |                       |          |                       |        |
|----------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|------|-----------------------|---------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|
| <b>Diarrea</b>             | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Estrenimiento</b>       | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Perdida de apetito</b>  | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Sequedad de boca</b>    | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Nariz que moquea</b>    | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Picazon</b>             | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Mareo</b>               | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Debilidad</b>           | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Cambio de vision</b>    | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Insomnio</b>            | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Palpitaciones</b>       | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Nerviosismo/Tension</b> | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Depresion</b>           | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Dolores de cabeza</b>   | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |
| <b>Dolores de espalda</b>  | <input type="radio"/> | Ninguno | <input type="radio"/> | Raro | <input type="radio"/> | Algunas | <input type="radio"/> | Bastante | <input type="radio"/> | Severo |

**POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PAGINA. POR FAVOR, DAR VUELTA Y COMPLETAR EL OTRO LADO. GRACIAS!**

<b>Presion abdominal (bajo)</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Dolor abdominal (bajo)</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Relaciones sexuales dolorosas</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Presion vaginal</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Flujo vaginal</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Sangrado</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Ardor al orinar</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Incomodo y fuerte necesidad de orinar</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Sensacion de la continua necesidad de orinar</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Perdida de orina al toser o hacer esfuerzos</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Perdida de orinar antes de llegar al bano</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Perdida involuntaria de heces</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>Perdida involuntaria de gas</b>	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Raro	<input type="radio"/> Algunas	<input type="radio"/> Bastante	<input type="radio"/> Severo
<b>El numero de horas entre el momento que usted orina</b>	<input type="radio"/> <1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>El # de veces que orina despues de ir a dormir</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<b>El # de veces que usted orina durante la primera hora de sueno</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4