

Nombre ..... Fecha .....

<b>Calidad de vida king's health (King's Health Questionnaire)</b>					
	<b>Muy bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	<b>Muy malo</b>
¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente		Mucho
<b>LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS:</b> A continuación aparecen algunas actividades que pueden verse afectadas por problemas urinarios.					
¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?					
¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas? (Ej. Limpiar, hacer la compra, etc.)					
¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias fuera de casa?					
<b>LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES</b>	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	
¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej.ir de paseo, correr, hacer deporte)					
¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para viajar?					
¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?					
¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?					
<b>RELACIONES PERSONALES</b>	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	
¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?					
¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?					
¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?					
<b>EMOCIONES</b>	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?					
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse angustiado/a o nervioso/a?					
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?					
<b>SUEÑO / ENERGIA</b>	Nunca	A veces	A menudo	Siempre	
¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?					
¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?					
<b>IMPACTO. ¿Con qué frecuencia hace o siente alguna de estas cosas?</b>	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	
¿Lleva compresas para mantenerse seco/a?					
¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?					
¿Se cambia la ropa interior cuando está mojado?					
¿Está preocupado/a por si huele?					
¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?					
Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente <b>ELIJA SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS</b> que usted tenga en la actualidad. <b>DEJE SIN CONTESTAR</b> los que no correspondan a su caso.					
¿Hasta qué punto le afectan? Para: (marque con una cruz X)	Un poco	Moderadamente	Mucho		
FRECUENCIA ir al baño muy a menudo					
NICTURIA levantarse durante la noche para orinar					
URGENCIA un fuerte deseo de orinar difícil de controlar					
INCONTINENCIA POR URGENCIA escape de orina con un fuerte deseo de orinar					
INCONTINENCIA POR ESFUERZO escape de orina por actividad física ( ej. toser, estornudar, correr,.....)					
ENURESIS NOCTURNA mojar la cama durante la noche					
INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL					
INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VIAS URINARIAS					
DOLOR EN LA VEJIGA					
Dificultad AL ORINAR					
OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):					