

1. DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

1. **Edad:**años ymeses.
2. **Sexo:** Niño Niña
3. **Curso actual:** 6º Infantil 1º Primaria 2º Primaria 3º Primaria
4. **Colegio**.....

2. DATOS FAMILIARES

1. **Vive con:** Padre (edad.....) Madre (edad.....) Familiares Cuidadores
2. **En qué medio viven:** Rural Pueblo Ciudad
3. **¿Cuántos hermanos tiene su hijo?** 0 1 2 3 4 ó más

3 COSTUMBRES AL ORINAR

1. **A qué edad le retiró el pañal por el día a su hijo**.....años ymeses.
2. **¿Cuál fue el motivo de empezar a retirarle el pañal?**
 - El niño ya pedía pis
 - Estaba más de dos horas seco
 - Para empezar el colegio
 - Otro motivo.....
3. **¿Su hijo estaba completamente seco por el día cuando empezó el colegio?**
 - Sí
 - No
4. **¿Como orinaba su hijo/a al retirarle el pañal?**
 - De pie
 - Sentado/a en orinal
 - Sentado/a en el váter con las piernas colgando
 - Sentado/a en el váter con las piernas apoyadas en alzador o altillo.
5. **¿Le cuelgan a su hijo/a habitualmente las piernas del váter al hacer pis?**
 Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
6. **¿Va su hijo a hacer pis en el colegio?** Sí No Casi nunca No sabe
7. **¿Si no va a hacer pis en el colegio por qué motivo es?**
 - Pudor, vergüenza
 - Baños sucios
 - Otros.....
1. **¿Le facilitan a su hijo ir a hacer pis en el colegio?** Sí No No sabe

4 HÁBITO INTESTINAL

1. **¿Con qué frecuencia hace su hijo caca?**
 1 o más al día cada 2 días 1-2/ semana menos de 1/semana
2. **La forma de la caca es**
 Muy blanda Blanda con forma Duras Muy dura y seca
3. **¿Se le escapa la caca a su hijo?**
 No Sí, hace deposiciones en la ropa Sí, suele manchar
4. **¿Toma o tomó su hijo tratamiento para el estreñimiento?**
 - No
 - Sí, ¿cuál?
5. **¿Cuántos vasos de agua bebe su hijo al día?**
 menos de 4 4-8 más de 8
6. **¿Cuántas piezas/porciones de fruta o verdura toma su hijo al día?**
 Ninguna Menos de 2 2-4 Más de 4

5. SÍNTOMAS URINARIOS

1. **¿El niño/a tiene pérdidas de orina durante el día?**
 No A veces 1-2 veces al día Siempre

- ¿Desde que edad?
2. **¿Cuánto se moja por el día?**
 - La ropa interior húmeda
 - Pantalones húmedos
 - Pantalones empapados
 3. **¿En qué momento se le escapa?**
 - Al poco de orinar
 - No llega a tiempo al wáter
 - Después de 1 hora de haber hecho pis
 - Después de dos horas de haber hecho pis
 - Sólo con esfuerzos
 - Sólo con la risa
 - No sabe
 4. **¿El niño/a moja la cama por la noche?**
 No 1-2 veces/semana 3-5 veces/semana 6-7 veces/semana
 5. **¿Cuánto se moja por la noche?**
 - Sábanas húmedas
 - Sábanas empapadas
 6. **¿Cuántas veces hace pis a lo largo del día?**
 - Menos de 7 veces al día
 - 7 veces o más al día
 7. **¿Necesita su hijo hacer fuerza para orinar?**
 No Sí
 8. **¿Se queja de dolor cuando orina?**
 No Sí
 9. **¿Interrumpe el chorro de forma intermitente mientras hace pis?**
 No Sí
 10. **¿Tiene que volver al baño a orinar al poco de haberlo hecho?**
 No Sí
 11. **¿Tiene que ir a orinar corriendo?**
 No Sí
 12. **¿Aguanta las ganas de ir al baño cruzando las piernas?**
 No Sí
 13. **¿Pospone su hijo ir al baño a hacer pis?**
 No Sí
 14. **¿Se le escapa la orina cuando va de camino al baño?**
 No Sí
 15. **¿Algunos días no hace caca?**
 No Sí
 16. **Si el niño padece los síntomas descritos, ¿afecta esto a su vida familiar, social o escolar?**
 No A veces Sí, le afecta Está muy afectado

Muchas gracias por su colaboración