

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____

Edad: ____ F. Nac. ____ Domicilio-calle: _____

Nº ext. ____ Nº int. ____ Col: ____ Localidad: _____

Mpio: ____ Estado: ____ Teléfono: ____ C.P. ____

CURP : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¿Cuenta con seguridad social? Sí ☐ No ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ Seguro Popular ☐ Otro: ____

Este cuestionario permite identificar, si el adulto mayor tiene algún posible trastorno en la continencia urinaria o de caídas. En las preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente la repuesta dada por la Persona Adulta Mayor.

INCONTINENCIA URINARIA

Pregunta	SI	NO
1. ¿Pierde usted orina cuando no lo desea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0
2. ¿Usa usted algún protector, toalla o paño higiénica en caso de pérdida de orina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0
3. ¿Tiene usted problemas con su vejiga, se moja sin querer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0
4. ¿Acude a menudo a orinar al baño, con mayor frecuencia en la noche?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0

Se considera **POSITIVO** con uno o más puntos ("SI"); será **NEGATIVO**, cuando la sumatoria sea igual a cero ("NO")

SÍNDROME DE CAÍDAS

Pregunta	SI	NO
1. ¿Ha presentado 2 o más caídas en el último año?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0

Se considera **NEGATIVO** con respuesta a "NO" y **POSITIVO** con "SI"

En caso de obtener una respuesta positiva consulte la Guía de incontinencia Urinaria en la persona Adulta Mayor o la Guía de Prevención de Caídas en la Persona Adulta Mayor, según sea el caso; de ser así, se considera como positiva.

Pueden ser consultadas en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html