

Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Programa de Salud del Adulto y el Anciano

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA Y SÍNDROME DE CAÍDAS

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____:

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

Nº ext: ____ Nº int: ____ Colonia: ____ Localidad: _____

Municipio: ____ Estado: ____ Teléfono: _____

C.P. _____

¿Cuenta con seguridad social?

Sí	No	IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	Otro:
----	----	------	--------	----------------	-------

INCONTINENCIA URINARIA

Este cuestionario permite identificar, si el adulto mayor tiene algún posible trastorno en la continencia urinaria. En las preguntas siguientes, marque con una x en la columna correspondiente la respuesta dada por el Adulto Mayor.

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

SÍNDROME DE CAÍDAS

Pregunta	SI	NO
1. ¿Ha presentado 2 o más caídas en el último año?	1	0

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.

Pueden ser consultadas en:

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