



Utilice esta hoja de seguimiento para registrar la cantidad de orina y el peso de cada día, y comparta sus resultados con su enfermero o médico. Puede descargar e imprimir copias de este formulario en [FreseniusKidneyCare.com/UrineTracker](https://www.freseniuskidneycare.com/urine-tracker).

Semana de:

___/___/____
hasta

___/___/____

Cantidad de orina

Cada vez que orine, escriba la hora e indique la cantidad de orina (pequeña, mediana o grande) marcando con un círculo una de las gotitas.

Peso

Registre su peso cada día a la misma hora.

	Cantidad de orina				Peso
DOMINGO	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LUNES	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MARTES	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MIÉRCOLES	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
JUEVES	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIERNES	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SÁBADO	a. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ lb
	p. m. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	