

Voiding Diary

Your Name: _____

Date: _____

Please write the time when you drink or urinate, the amount (in mL) and type of fluid you drink, and how much you urinated **DURING TWO COMPLETE DAYS (DAY AND NIGHT)** and bring this back to your follow up appointment.

*Por favor, escriba la hora en la que consuma bebidas u orine, la cantidad de líquido que consuma en mL, el tipo de líquido y cuanto orinó **DURANTE 2 DÍAS COMPLETOS (DIA Y NOCHE)** y traiga este diario a su próxima cita.*

<i>Time/ Hora</i>	<i>Amount you drank/ Cantidad que tomo</i>	<i>Type of fluid/ Tipo de liquido</i>	<i>Amount you urinated/ Cantidad que orino</i>
Ex: 6:30 am			400 mL
Ex: 8:00 am	350 mL	Coffee/ Cafe	
Ex: 9:10 am			250 mL

Diana Londoño, MD
412 West Carroll Ave. Suite 200
Glendora, CA 91741
(626) 218 0921

<i>Time/ Hora</i>	<i>Amount you drank/ Cantidad que tomo</i>	<i>Type of fluid/ Tipo de liquido</i>	<i>Amount you urinated/ Cantidad que orino</i>

Diana Londoño, MD
412 West Carroll Ave. Suite 200
Glendora, CA 91741
(626) 218 0921