

Planilla diaria de registro de orina

Daily Urine Check Sheet / Spanish

Nombre del paciente: _____

Por favor, traiga esta planilla con la información a su siguiente cita o envíela por correo electrónico (*email*).

Seattle Children's Hospital, Servicio de Nefrología
 206-987-2524
 Fax: 206-987-2636
 Email: Nephrology.rn@seattlechildrens.org

Fecha	Hora (a.m.)	Proteínas en la orina

Fecha	Hora (a.m.)	Proteínas en la orina

Fecha	Hora (a.m.)	Proteínas en la orina

Fecha	Hora (a.m.)	Proteínas en la orina

Daily Urine Check Sheet

Patient Name: _____

Seattle Children’s Hospital, Nephrology Clinic

206-987-2524

Fax: 206-987-2636

Email: Nephrology.rn@seattlechildrens.org

Please bring completed urine check sheet to your child’s next clinic visit or email to us.

Date	Time (a.m.)	Urine Protein

Date	Time (a.m.)	Urine Protein

Date	Time (a.m.)	Urine Protein

Date	Time (a.m.)	Urine Protein