

# DIARIO DE SUEÑO

Día	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha							
1. Ayer cogi una siesta de _____ a _____							
2. Ayer me tome _____ mg de _____ o _____ de alcohol para ayudarme a dormir *Incluya todos los medicamentos con o sin receta							
3. Ayer me acosté en la cama a las _____ (AM o PM?)							
4. Ayer apague las luces e intente dormirme a las _____ (AM o PM?)							
5. Luego de apagar las luces me tomo aproximadamente _____ minutos en dormirme.							
6. Me levante durante la noche _____ veces							
7. Las veces que me levante durante la noche estuve _____ minutos despierto.							
8. Hoy me levante a las _____ (AM o PM?)							
9. Hoy me salí de la cama para comenzar mi día a las _____ (AM o PM?)							
10. Como categorizas la calidad de tu sueño ayer.  Bien                      Regular                      Descansado Cansado 1   2   3   4   5   6   7   8   9   10							
11. Cuan descansado te sentias al levantarte hoy?  Bien                      Regular                      Descansado Cansado 1   2   3   4   5   6   7   8   9   10							