

ANNEX IV

DIARI DE LA SON

Diario del Sueño de la Fundación Nacional del Sueño												
Llene los días 1-4 abajo y los días 5-7 en la página 2	COMPLETE POR LA MAÑANA						COMPLETE AL FINAL DEL DÍA					
	Ayer me fui a la cama a las:	Hoy me levanté de la cama a las:	Anoche me dormí a las:	Me desperté durante la noche: <small>(registre el número de veces)</small>	Cuando me desperté en la mañana, me sentí: <small>(escriba uno)</small>	Anoche dormí un total de: <small>(registre el número de horas)</small>	MI sueño fue perturbado por: <small>(Enumere cualquier factor manteniendo el orden, riesgo o del ambiente que afectó su sueño, por ejemplo: estrés, resaca, mal olor, molestias físicas, temperatura)</small>	Yo consumí bebidas con cafeína en la: <small>(ejemplo, café, té, coca)</small>	Yo hice ejercicios por los menos 20 minutos en la:	Aproximadamente de 2 a 3 horas antes de irme a la cama, yo consumí:	Medicamento (s) Tomé durante el día: <small>Enumere el nombre de los medicamentos y la dosis. Fármaco (s)</small>	Aproximadamente de 2 a 3 horas antes de irme a la cama, yo consumí: <small>(enumere la actividad, ejemplo: ver televisión, trabajar, leer)</small>
DÍA 1 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____
DÍA 2 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____
DÍA 3 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____
DÍA 4 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____

Diario del Sueño de la Fundación Nacional del Sueño												
Llene los días 5-7	COMPLETE POR LA MAÑANA						COMPLETE AL FINAL DEL DÍA					
	Ayer me fui a la cama a las:	Hoy me levanté de la cama a las:	Anoche me dormí a las:	Me desperté durante la noche: <small>(registre el número de veces)</small>	Cuando me desperté en la mañana, me sentí: <small>(escriba uno)</small>	Anoche dormí un total de: <small>(registre el número de horas)</small>	MI sueño fue perturbado por: <small>(Enumere cualquier factor manteniendo el orden, riesgo o del ambiente que afectó su sueño, por ejemplo: estrés, resaca, mal olor, molestias físicas, temperatura)</small>	Yo consumí bebidas con cafeína en la: <small>(ejemplo, café, té, coca)</small>	Yo hice ejercicios por los menos 20 minutos en la:	Aproximadamente de 2 a 3 horas antes de irme a la cama, yo consumí:	Medicamento (s) Tomé durante el día: <small>Enumere el nombre de los medicamentos y la dosis. Fármaco (s)</small>	Aproximadamente de 2 a 3 horas antes de irme a la cama, yo consumí: <small>(enumere la actividad, ejemplo: ver televisión, trabajar, leer)</small>
DÍA 5 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____
DÍA 6 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____
DÍA 7 DÍA _____ FECHA _____	_____ PM/AM	_____ PM/AM	_____ Minutos	_____ Ocasiones	<input type="checkbox"/> Renovado <input type="checkbox"/> Algo renovado <input type="checkbox"/> Fatigado	_____ Horas	_____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Varias horas antes irme a la cama <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Una comida pesada <input type="checkbox"/> No aplica	_____	_____

National Sleep Foundation 2005.