

Consulta de Cardiología: Diario del sueño

Nombre y apellidos:

Mes:

		Lunes Fecha:	Martes Fecha:	Miércoles Fecha:	Jueves Fecha:	Viernes Fecha:	Sábado Fecha:	Domingo Fecha:	
Completar por la mañana	Anoche se acostó a las: (hora)								
	Esta mañana se levantó a las: (hora)								
	Anoche tardó en dormirse: (minutos)								
	Se despertó por la noche: (nº de veces)								
	Al despertarse se sintió:	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado
	Anoche durmió: (nº de horas)								
	Su sueño lo interrumpió: (anotar todas las causas)								
Completar al final del día	Tomó bebidas con cafeína:	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	
	Realizó ejercicio durante más de 20 minutos por la:	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> No	
	Las 2 a 3 horas antes de acostarse:	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Tomó alcohol <input type="checkbox"/> Cenó mucho <input type="checkbox"/> Nada
	Medicación que tomó durante el día:								
	Horas de siesta que durmió:								
	Alrededor de 1 hora antes de dormir realizó las siguientes actividades: (ej.- discutir, ver TV, leer, coser)								