

# Diario de sueño: **Mañana**

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
<b>Día de la semana:</b>						
<b>Yo me fui a dormir a las:</b>						
AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM
<b>Yo me desperté a las:</b>						
AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM
<b>Anoche, yo dormí por ____ horas:</b>						
<b>Anoche, me tomó ____ minutos para quedar dormido:</b>						
<b>Yo siento que la calidad de mi sueño fue:</b> p. ej. muy bueno, bueno, malo, muy malo						
<b>Esta mañana, yo me siento:</b> p. ej. refrescado, cansado, con sueño, alerta						
<b>Poder dormir fue difícil por:</b> p. ej. temperatura, ruido, sueños, pensamientos, no sentirme cansado, incómodo						
<b>Durante la noche, yo desperté ____ veces:</b>						

# Diario de sueño: Noche

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
<b>Yo tomé una siesta:</b>						
sí / no	sí / no	sí / no	sí / no	sí / no	sí / no	sí / no
<b>Yo tomé cafeína:</b>						
núm. de bebidas	núm. de bebidas	núm. de bebidas	núm. de bebidas	núm. de bebidas	núm. de bebidas	núm. de bebidas
<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Mañana
<input type="checkbox"/> Mediodía	<input type="checkbox"/> Mediodía	<input type="checkbox"/> Mediodía	<input type="checkbox"/> Mediodía	<input type="checkbox"/> Mediodía	<input type="checkbox"/> Mediodía	<input type="checkbox"/> Mediodía
<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Tarde
<b>Yo hice ejercicio por ____ minutos:</b>						
<b>Medicamentos o drogas que yo usé hoy:</b>						
<b>Durante el día, yo sentí sueño:</b>						
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
<b>Sobre todo, mi estado emocional hoy fue:</b>						
p. ej. positivo, negativo, neutral						
<b>En la hora antes de dormir, mis actividades incluyeron:</b>						
p. ej. leer, computadora, televisión, ducharse, teléfono, comer, pasar tiempo con pareja						