

Diario de sueño: **Mañana**

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

Diario de sueño: Noche

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