



MODESTO

5039 Pentecost Dr., Suite D | PO Box 578104 | Modesto, CA 95356
(888) 588-0202 | (888) 599-0202 – Toll Free Fax

Cuestionario Antes de Sueño

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ MRN _____ Fecha _____

Cuántas horas de sueño tubo anoche? _____ horas

Que hora despertó esta mañana? _____ am / pm

Tomo una siesta hoy? SI NO

A consumido algo de lo siguiente hoy? Café Té/ Refresco Bebidas alcohólicas Nicotina

Le a pasado algo fuera de lo ordinario recientemente? SI NO

Hizo alguna actividad agotadora hoy?

Tiene alguna queja física en este momento?

Como se siente de cansado/a?

Nada de cansado/a Un poco cansado/a Muy cansado/a Extremadamente cansado/a