



## CUESTIONARIO DESPUES DE SUEÑO

---

1. Fue usual su sueño? Fue tipico de como duerme normalmente?

---

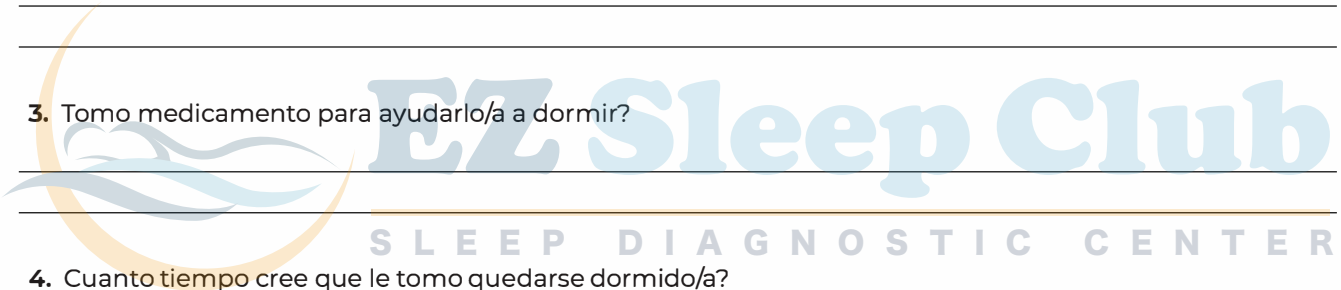
---

2. Hubo algo que lo/a distrajera mientras dormia?

---

---

3. Tomo medicamento para ayudarlo/a a dormir?



4. Cuanto tiempo cree que le tomo quedarse dormido/a?

---

---

5. Siete que durmio mejor usando CPAP (para personas que usan CPAP actualmente)

---

---

6. Cual es su nivel de presion de CPAP en casa? (para personas que usan CPAP actualmente)

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha