



EZ Sleep Club

SLEEP DIAGNOSTIC CENTER

CUESTIONARIO ANTES DE SUEÑO



Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____

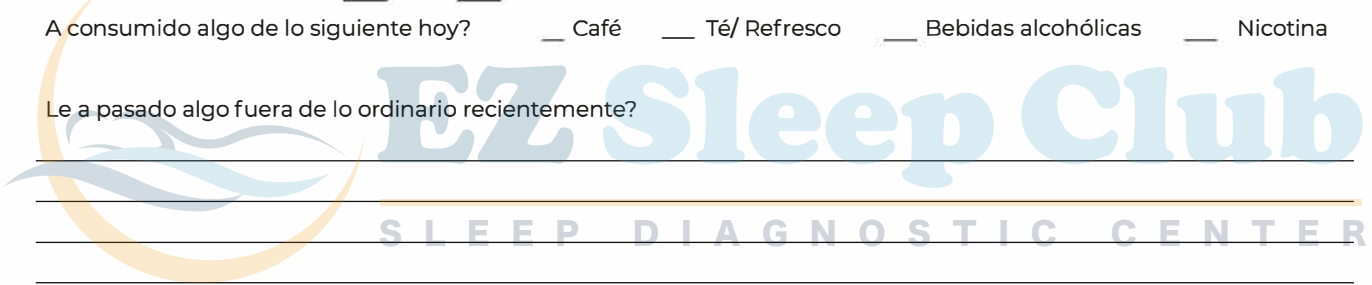
Cuántas horas de sueño tubo anoche? _____ Horas

Que hora despertó esta mañana? _____ a.m./p.m.

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?



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

