DIARIO DEL SUEÑO DE DOS SEMANAS

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE
WAKE
SLEEP
ACCREDITED FACILITY MEMBER

INSTRUCCIONES

1. Escriba la fecha de inicio del diario.
2. Escriba el día de la semana y el tipo de día.
3. Ponga la letra “C” en el cuadro apropiado cuando haya tomado café, refresco de cola, té o cualquier producto con cafeína.
4. Ponga la letra “M” cuando haya tomado algún medicamento.
5. Ponga la letra “E” cuando haya hecho ejercicio.
6. Ponga una “A” cuando haya ingerido bebidas alcohólicas.
7. Ponga una línea (|) para mostrar cuándo se fue a dormir y sombree los cuadros que usted piensa que estuvo dormido(a).
8. Asegúrese de sombrear los cuadros en los que tomó una siesta.
9. Deje los cuadros vacíos para mostrar cuándo despertó durante la noche y cuándo permanece despierto(a) durante el día.

Fecha de Inicio: _____

Día de la semana	Tipo de día Trabajo, escuela vacaciones, etc	Mediodía	1 PM	2	3	4	5	6 PM	7	8	9	10	11 PM	Medianoche	1 AM	2	3	4	5	6 AM	7	8	9	10	11AM
Lun.	**EJEMPLO**		**E**					**A**				**I**										**CM**			
SEMANA UNO																									
SEMANA DOS																									

20.0018

Olathe Medical Center
20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

Two Week Sleep Diary

3.8.2013; RESP;ca
Spanish posted:
5.1.2016

O.M.C. No. 2073

PLACE
PATIENT LABEL
HERE