



DIARIO DE SUEÑO (Pág. 1 de 2)

En lo posible, diligencie este diario al día siguiente para valorar sus conductas y hábitos de sueño del día anterior. Hágalo durante 2 semanas y preséntelo el día de su consulta.

SEMANA 1	Ejemplo	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Hora de dormir	10 pm							
Hora de levantarse	6 am							
Tiempo para lograr dormir	40 min							
Hora a la que enciende luces artificiales	3 pm							
Hora a la que apaga luces artificiales	9:40 pm							
Número estimado de despertares y su duración	3 veces - 40 min							
Cuánto tiempo siente que durmió	5 horas							
Siestas (hora y duración)	4 pm - 60 min							
Gaseosas, café, té, chocolate o alcohol (especifique cantidad y hora)	3 a las 9 pm (alcohol)							
Nicotina u otras sustancias psicoactivas (especifique cantidad y hora aprox)	5 a lo largo del día (nicotina)							
Tuvo algún problema durante su día	Roce con compañero							
Cómo se sintió durante todo el día: 1. Somnolencia total 2. Cansado 3. Moderadamente alerta 4. Bien despierto	2							
Irritable (De 1 a 5; 1 = nada, 5 = demasiado)	3							
¿Comentarios?	N/A							



DIARIO DE SUEÑO (Pág. 2 de 2)

En lo posible, diligencie este diario al día siguiente para valorar sus conductas y hábitos de sueño del día anterior. Hágalo durante 2 semanas y preséntelo el día de su consulta.

SEMANA 2	Ejemplo	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Hora de dormir	10 pm							
Hora de levantarse	6 am							
Tiempo para lograr dormir	40 min							
Hora a la que enciende luces artificiales	3 pm							
Hora a la que apaga luces artificiales	9:40 pm							
Número estimado de despertares y su duración	3 veces - 40 min							
Cuánto tiempo siente que durmió	5 horas							
Siestas (hora y duración)	4 pm - 60 min							
Gaseosas, café, té, chocolate o alcohol (especifique cantidad y hora)	3 a las 9 pm (alcohol)							
Nicotina u otras sustancias psicoactivas (especifique cantidad y hora aprox)	5 a lo largo del día (nicotina)							
Tuvo algún problema durante su día	Roce con compañero							
Cómo se sintió durante todo el día: 1. Somnolencia total 2. Cansado 3. Moderadamente alerta 4. Bien despierto	2							
Irritable (De 1 a 5; 1 = nada, 5 = demasiado)	3							
¿Comentarios?	N/A							