

Anexo II. Diario de sueño de consenso

Nombre y apellidos

Ejemplo

Fecha	03/09/2021		
1. ¿A qué hora se acostó?	23:30		
2. ¿A qué hora intentó dormirse?	23:45		
3. ¿Cuánto le costó dormirse?	55 minutos		
4. ¿Cuántas veces se despertó sin contar el despertar final?	6		
5. En total, ¿cuánto tiempo duraron esos despertares?	2 horas y 5 minutos		
6a. ¿A qué hora fue el último despertar?	06:35		
6b. Después del último despertar, ¿cuánto tiempo ha permanecido en la cama intentando dormirse?	40 minutos		
6c. ¿Se ha despertado antes de la hora prevista?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6d. Si es así, ¿cuánto antes?			
7. ¿A qué hora salió de la cama para empezar el día?	07:20		
8. En total, ¿cuánto tiempo ha dormido?	4 horas y 10 minutos		
9. ¿Cómo valora la calidad de su sueño?	<input type="checkbox"/> Pésima <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
10. ¿Cómo de descansado o recuperado se sintió cuando se levantó para empezar el día?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input checked="" type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho
11a. ¿Cuántas siestas o cabezadas realizó a lo largo del día de ayer?	3		
11b. En total, ¿cuánto tiempo de siestas o cabezadas realizó ayer?	1 hora y 40 minutos		
12a. ¿Cuántas bebidas alcohólicas tomó a lo largo del día de ayer?	2 bebidas		
12b. ¿A qué hora tomó la última bebida alcohólica?	21:20		
13a. ¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos, bebidas energéticas) tomó a lo largo del día de ayer?	3 bebidas		
13b. ¿A qué hora tomó la última bebida con cafeína?	15:00		
14. Tomó medicamentos con o sin receta médica para ayudarlo durante el día de ayer?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicación: Dormidina Dosis: 25 mg Hora: 23:00	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicación: Dosis: Hora:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicación: Dosis: Hora:
15. Comentarios	Estaba resfriado		

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicación:				
Dosis: Hora:	Dosis: Hora:	Dosis: Hora:	Dosis: Hora:	Dosis: Hora: