

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Antes de dormir Resumen de Evaluación

Nombre: _____

Fecha: _____

SÍ NO

1. ¿Cree usted que tenía una noche de sueño normal de anoche? Si No
2. ¿Ha dormido en todo el día? Si No
En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____
3. ¿Sabía usted tome bebidas alcohólicas a día de hoy? Si No
En caso afirmativo, a qué hora y la cantidad? _____
4. ¿Sabía usted tome bebidas con cafeína después de las 11 am? Si No
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
5. Era el día físicamente extenuante? Si No
6. ¿Tiene algún tipo de complicaciones físicas en este momento? Si No
En caso afirmativo, por favor,
describe _____

7. ¿Hubo algo fuera de lo normal que suceda hoy podría afectar su sueño esta noche? Si No
En caso afirmativo, por favor,
describe _____

8. ¿Cómo te sientes ahora mismo? Despierto Alerta pero cansado sueño

Por favor escriba todos los medicamentos que hemos tomado hoy.