

ALPHA FSC Diario de Sueño

Fecha:								
1. ¿A qué hora se acostó?								
2. ¿A qué hora empezó a intentar dormirse?								
3. ¿Cuánto tiempo le tomó conciliar el sueño?								
4. ¿Cuántas veces se despertó antes de finalmente levantarse?								
5. Después de dormirse, ¿cuánto tiempo permaneció despierto?								
6. ¿A qué hora se despertó por última vez?								
7. ¿A qué hora se levantó para comenzar su día?								
8. ¿Cuánto tiempo en total durmió?								
9. El día anterior, ¿durante cuánto tiempo tomó siesta o dormitó?								
10. ¿Cómo calificaría la calidad de su descanso?	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
11. Notas:								