

# 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.

--