

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Antes de dormir Resumen de Evaluación

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuánto tiempo le toma para dormir anoche? _____ Hrs. _____ Mins.
2. ¿Cuánto tiempo te sientes como si dormía anoche? _____ Hrs. _____ Mins.
3. ¿Cuántas veces usted se despierta durante la noche? _____
4. ¿Cómo describiría la calidad de su sueño la noche anterior, en comparación con lo habitual?
 mejor que de costumbre
 la misma, como de costumbre
 peor que de costumbre
Comments _____
5. ¿Cómo te sientes ahora mismo?
 despierto
 despierta, pero no completamente alerta
 Sleepy y prefiere volver a dormir.
6. ¿Has soñado anoche? Si No
7. ¿Tiene alguna molestias físicas esta mañana? Si No
En caso afirmativo, sírvase describir : _____
8. Si ha utilizado CPAP / BiPAP anoche, ¿estaría usted dispuesto a intentarlo en casa? Si No
9. Era la máscara utilizada cómodo? Si No
10. ¿Tiene algún comentario adicional sobre su sueño de anoche? Si No
