ACMES®
Asociación Colombiana de Medicina del Sueño

DIARIO DE SUEÑO

DORMIR BIEN VAMOS A DORMIR BIEN

	Fecha	Día de la semana	¿A qué hora te acostaste anoche?	¿A qué hora te despertaste esta mañana?	¿Cuántas veces te despertaste durante la noche?	¿Amaneciste con sensación de descanso?	Considerando... 0= Muy mala noche 5= Excelente noche ¿Qué tan bien dormiste?	¿Te desconectaste de los dispositivos electrónicos 2 horas antes de dormir?	¿Cuánto tiempo tardaste en quedarte dormido?	¿Cuánto tiempo tardaste en levantarte de la cama?	¿Tomaste una o más siestas durante el día?
Día 1	dd - mmm - aa										
Día 2	dd - mmm - aa										
Día 3	dd - mmm - aa										
Día 4	dd - mmm - aa										
Día 5	dd - mmm - aa										
Día 6	dd - mmm - aa										
Día 7	dd - mmm - aa										
Día 8	dd - mmm - aa										
Día 9	dd - mmm - aa										
Día 10	dd - mmm - aa										
Día 11	dd - mmm - aa										
Día 12	dd - mmm - aa										
Día 13	dd - mmm - aa										
Día 14	dd - mmm - aa										
Día 15	dd - mmm - aa										
Día 16	dd - mmm - aa										
Día 17	dd - mmm - aa										
Día 18	dd - mmm - aa										
Día 19	dd - mmm - aa										
Día 20	dd - mmm - aa										
Día 21	dd - mmm - aa										