

CONTESTA POR LAS MAÑANAS, TRAS LEVANTARTE...

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5
¿A qué hora te acostaste a dormir anoche?					
Tiempo aproximado que te tomó quedarte dormid@...					
¿Cuántas horas dormiste en total?					
¿A qué hora te levantaste (por última vez) en la mañana?					
¿Cómo te sentiste al levantarte?	<input type="checkbox"/> Descansad@ <input type="checkbox"/> Algo descansad@ <input type="checkbox"/> Fatigad@	<input type="checkbox"/> Descansad@ <input type="checkbox"/> Algo descansad@ <input type="checkbox"/> Fatigad@	<input type="checkbox"/> Descansad@ <input type="checkbox"/> Algo descansad@ <input type="checkbox"/> Fatigad@	<input type="checkbox"/> Descansad@ <input type="checkbox"/> Algo descansad@ <input type="checkbox"/> Fatigad@	<input type="checkbox"/> Descansad@ <input type="checkbox"/> Algo descansad@ <input type="checkbox"/> Fatigad@



zzzzzzzz

BITÁCORA DEL SUEÑO

CONTESTA POR LAS NOCHES, ANTES DE IR A DORMIR...

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5
Si tomaste siesta durante el día, ¿de cuánto tiempo fue?					
¿Consumiste alguna de estas sustancias 6 horas antes de acostarte?	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otros estimulantes	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otros estimulantes	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otros estimulantes	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otros estimulantes	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otros estimulantes
En escala del 1 al 5, donde 1 es "fatigad@" y 5, "con energía", ¿cómo te sentiste durante todo el día?					