APNEA DEL SUEÑO
Y OTROS TRASTORNOS

Nombre:_____ Edad:_____

Fecha	Horas																								Medicamentos	Observaciones
	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Ejemplo			↓													↑			S					S		

APNEA DEL SUEÑO
Y OTROS TRASTORNOS

↓ Hora en que se acuesta ↑ Hora en que se Levanta ■ Momento en que esta dormido ■ Momento en que esta despierto S Somnolencia en el día