

Haga un seguimiento de su progreso una vez por semana durante 12 semanas

Semana: _____ Fecha: _____

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algunas veces
- 4 – Frecuente
- 5 – Siempre

En la semana pasada:

Tengo dificultades para conciliar el sueño _____

Tengo problemas para permanecer dormido _____

Tengo problemas para volver a dormir _____

Mi sueño es intranquilo _____

Tengo un sueño de mala calidad _____