

Alteraciones relacionadas con el sueño – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Sleep10	Me costó mucho hacer las cosas que debía hacer porque tenía sueño	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep119	Me sentí bien despierto/a después de dormir	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Sleep18	Sentí cansancio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep25	Tuve problemas durante el día por haber dormido mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep27	Me costó mucho concentrarme por haber dormido mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep30	Sentí que estaba irritable por haber dormido mal.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep6	Tuve sueño durante el día.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sleep7	Tuve problemas para mantenerme despierto/a durante el día.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Spanish (Universal)
15 August 2012