Formulario de Seguimiento del Sueño

ECHO AUTISM COMMUNITIES

_____
Nombre

Este formulario permite registrar detalles sobre la rutina y horario de sueño suyos de su hijo. Compartir este formulario con su médico les ayudará a trabajar en equipo para garantizar que el plan de tratamiento aborde eficazmente las dificultades del sueño. Lleve el formulario a cada cita para que usted y su médico puedan revisar la información juntos.

Fecha	Medicamento	Dosis y hora	A la hora de dormir la rutina fue:	Hora de acostarse	¿Cuánto tiempo le tomó quedarse dormido?	Tiempo despierto	Notas
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	

Formulario de Seguimiento del Sueño

ECHO AUTISM COMMUNITIES

Fecha	Medicamento	Dosis y hora	A la hora de dormir la rutina fue:	Hora de acostarse	¿Cuánto tiempo le tomó quedarse dormido?	Tiempo despierto	Notas
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	
	_____ Nombre ☐ Ninguno	_____ mg. _____ Hora AM PM	☐ Típica ☐ Diferente ☐ Sin rutina	_____ : _____ AM PM	☐ Menos de 20 minutos ☐ 20 - 30 minutos ☐ 30 - 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	_____ Número de despertares _____ Tiempo total despierto	