Apéndice 1—Mi lista de medicamentos

Mantenga esta lista actualizada y llévela con UD cuando visite a su médico regular o a cualquier otro médico.

Su nombre _____ Fecha ___/___/___

Medicamentos Recetados

Nombre de la Medicación	Dosis	¿Con qué frecuencia?

Medicamentos no Recetados

Nombre de la Medicación	Dosis	¿Con qué frecuencia?

Productos Alternativos y a base de Hierbas, Vitaminas y Suplementos

Nombre	Dosis	¿Con qué frecuencia?

Apéndice 2—Mis hábitos de dormir

Comparta sus respuestas con un médico, una enfermera o un terapeuta que pueda ayudarlo a usar la información para sugerir estrategias para aumentar su energía.

Su nombre _____ Fecha ___/___/___

Sección A

1. Suelo dormir _____ horas cada noche.

2. Suelo acostarme a las _____ (indique si es a.m. o p.m.).

3. Suelo levantarme a las _____ (indique si es a.m. o p.m.).

4. Suelo dormirme en _____ minutos o _____ horas.

5. ☐ Suelo ☐ no suelo levantarme de noche.
   Si no suele levantarse de noche, vaya a la Sección C.

Sección B

6. Suelo levantarme alrededor de _____ veces en la noche.

7. Las razones que me despierto (marque todas las que apliquen):

   ☐ a. No sé.

   ☐ b. Me preocupa algo.

   ☐ c. Mis hijos u otros miembros de la familia me despiertan.

   ☐ d. Tengo que ir al baño.

   ☐ e. Tengo espasmos musculares.

   ☐ f. Tengo dolor (además de espasmos musculares).

   ☐ g. Otras razones:_____
   _____

Sección C

8. He tenido insomnio. ☐ sí ☐ no
   Si su respuesta es “sí”, describa sus trastornos de sueño y cuándo los ha tenido._____
   _____

9. Tengo mucho sueño por el día. ☐ sí ☐ no
   Si su respuesta es “sí”, ¿Hace cuánto tiempo se siente así?____
   _____
   _____

10. Me duermo aunque no quiero. ☐ sí ☐ no
    Si su respuesta es “sí”, ¿A qué horas?_____
    ¿Con qué frecuencia?_____
    ¿Por cuánto tiempo duerme? _____

11. Suelo sentirme como nuevo cuando me levanto por la mañana. ☐ sí ☐ no

12. Tengo dolores de cabeza cuando me levanto por la mañana. ☐ sí ☐ no
    Si su respuesta es “sí”, ¿con qué frecuencia? _____
    ¿Cuánto duran?_____
    ¿Dónde le duele? (por ejemplo, en la frente, detrás de los ojos)
    _____

13. Cuando duermo ronco. ☐ sí ☐ no
    Si su respuesta es “sí”, ¿cuándo?
    ☐ sólo cuando estoy congestionado ☐ casi siempre

14. Me muevo mucho cuando duermo. ☐ sí ☐ no
    Si su respuesta es “sí”, ¿con qué frecuencia?
    ☐ veces ☐ la mayoría del tiempo

15. Suelo beber alcohol de noche. ☐ sí ☐ no
    Si su respuesta es “sí”, ¿cuánto y que tipo(s) de alcohol?
    _____

16. Bebo bebidas con cafeína por la mañana
café, te y refrescos. ☐ sí ☐ no
Si su respuesta es “sí”, ¿cuánto y qué tipo(s)?_____
_____

17. Tomo siestas durante el día. ☐ sí ☐ no
Si su respuesta es “sí”, ¿con qué frecuencia?
☐ algunos días ☐ casi todos los días
¿Cuántas siestas?_____
¿Cuándo? _____
¿Por cuánto tiempo?_____

18. Suelo sentirme refrescado después de una
siesta durante el día. ☐ sí ☐ no