

Cardiología

Nombre y Apellido:.....Edad:.....

Médico:..... Fecha:...../...../.....

[illegible]

Se acuesta a las:.....

Se levanta a las:.....

Horario de siesta:.....

Actividad fisica horario:.....

Horario de trabajo:.....

Sueño tranquilo Si ☐ No ☐

Se levanta a la noche Si ☐ No ☐ A las:.....

Síntomas:.....