

Lista de verificación de higiene del sueño – Cuidador

Sleep Hygiene Checklist – Caregiver

(Please note all Sleep Hygiene Checklists completed on paper must be entered online.)

Nombre: _____ Fecha: _____

Hay muchas acciones diferentes que su hijo/a puede llevar a cabo para mejorar su higiene del sueño. ¡Es posible que ya estén realizando algunas de estas acciones! Por favor, marque las acciones que su hijo/a realiza actualmente, después elija al menos dos acciones nuevas que su hijo/a quiera intentar esta semana.

Acciones que mi hijo/a realiza actualmente:	Acciones que a mi hijo/a le gustaría probar esta semana:
<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio al menos 20-30 minutos cada día	<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio al menos 20-30 minutos cada día
<input type="checkbox"/> Evitar hacer ejercicio tres horas antes de acostarme	<input type="checkbox"/> Evitar hacer ejercicio tres horas antes de acostarme
<input type="checkbox"/> Evitar las siestas (para niños mayores)	<input type="checkbox"/> Evitar las siestas (para niños mayores)
<input type="checkbox"/> Acostarme y despertarme a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana	<input type="checkbox"/> Acostarme y despertarme a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana
Mantener su habitación: <input type="checkbox"/> Oscura <input type="checkbox"/> Fresca <input type="checkbox"/> Silenciosa	Mantener su habitación: <input type="checkbox"/> Oscura <input type="checkbox"/> Fresca <input type="checkbox"/> Silenciosa
<input type="checkbox"/> Tomar el sol por la mañana	<input type="checkbox"/> Tomar el sol por la mañana
<input type="checkbox"/> Cargar sus dispositivos fuera de su habitación	<input type="checkbox"/> Cargar sus dispositivos fuera de su habitación
<input type="checkbox"/> Usar sus dispositivos fuera de su habitación	<input type="checkbox"/> Usar sus dispositivos fuera de su habitación
<input type="checkbox"/> Usar su cama solo para dormir	<input type="checkbox"/> Usar su cama solo para dormir
<input type="checkbox"/> Dejar de usar dispositivos y de ver la televisión al menos una hora antes de acostarse	<input type="checkbox"/> Dejar de usar dispositivos y de ver la televisión al menos una hora antes de acostarse
<input type="checkbox"/> Evitar la cafeína por la tarde y por la noche	<input type="checkbox"/> Evitar la cafeína por la tarde y por la noche
<input type="checkbox"/> Realizar actividades relajantes, sin pantallas, antes de acostarme, como leer, tomar una ducha o un baño, escuchar o tocar música	<input type="checkbox"/> Realizar actividades relajantes, sin pantallas, antes de acostarme, como leer, tomar una ducha o un baño, escuchar o tocar música
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____