

**Edad**

**SEXO:**

M

F

**3.- ¿La utilización del dispositivo ayudó o empeoró su calidad de sueño?**

Mejoró

Empeoró

**1.- ¿Cuántas horas de sueño tiene normalmente?**

3-4 horas

9-10 horas

5-6 horas

7-8 horas

**4.- ¿Qué tan cómodo le resultó el dispositivo?**

Muy cómodo

Normal

Incómodo

**5.- ¿El sonido reproducido, fue muy agudo o muy grave?**

Agudo

Ninguno

Grave

**2.- ¿Considera tener afecciones del sueño?**

Sí

No

Tal vez

**6.- ¿Es buena la funcionalidad del dispositivo?**

Muy buena.

Buena.

Normal.