

**DIARIO del ASMA** (para cubrir por el NIÑO/A o CHICO/A durante una o dos semanas según las indicaciones del pediatra)

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nº Historia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**REGISTRO de SÍNTOMAS** (escribe Si o No para cada día de la semana)

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Me sentí mal por el asma														
Tuve fatiga														
Tuve pitos en el pecho														
Tuve ataques de tos														
Me desperté por la noche														
No pude jugar o hacer deporte														
Falté a clase por culpa del asma														
Utilicé mi broncodilatador														

**FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO** (apunta la cifra mejor de tres intentos que marca el medidor de flujo por la mañana y por la noche)

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Por la mañana														
Por la noche														

**TRATAMIENTO de FONDO** (escribe Si o No según hayas tomado o no los medicamentos de uso diario para el asma)

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Por la mañana														
Por la noche														