



## Registro del asma

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	/	/	/	/	/	/	/
Hora	: AM PM	: AM PM	: AM PM	: AM PM	: AM PM	: AM PM	: AM PM
Flujo espiratorio máximo							
Medicamentos de rescate	( ) inhalaciones	( ) inhalaciones	( ) inhalaciones	( ) inhalaciones	( ) inhalaciones	( ) inhalaciones	( ) inhalaciones
Síntomas	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Opresión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despertares nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interferencia con la actividad diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibles desencadenantes							

El objetivo de este registro es ayudar a la toma de decisión clínica necesaria para satisfacer las necesidades de tu hijo, en ningún caso para sustituirla. No todos los niños tienen los síntomas identificados. Los síntomas pueden variar desde una crisis asmática o cualquier otro y también pueden variar en su frecuencia.