

# registro del ASMA

Imprima, complete y converse sobre este registro en las consultas de seguimiento con su médico.

1. En las últimas semanas, tuve síntomas de asma, por ejemplo, silbidos al respirar, rigidez en el pecho, falta de aire o tos:

¿Durante el día?  sí  no

¿Durante la noche y me despertaban?  sí  no

¿Mientras hacía ejercicio o justo después?  sí  no

2. He estado usando mi inhalador para el alivio rápido con más frecuencia.  sí  no

3. Tuve que dejar de hacer cosas que quería hacer debido al asma.  sí  no

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de actividades?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*En los meses recientes:*

4. Tuve que faltar a la escuela o al trabajo debido al asma.  sí  no

5. Tuve que ir al hospital o a la sala de emergencias debido al asma.  sí  no

6. Tengo preguntas o inquietudes sobre el asma o sobre mi Plan de Acción para el Asma.  sí  no

Si la respuesta es sí, ¿qué otra información desea saber?

---

---

---

---

---

---

---

---



# DIARIO de síntomas

Imprima este formulario y registre sus síntomas todas las semanas para que su médico se mantenga informado sobre su progreso.

FECHA	CALIFIQUE SUS SÍNTOMAS 1 = LEVE 2 = MODERADO 3 = SEVERO	DESENCADENANTES	MEDICAMENTO TOMADO	FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO		COMENTARIOS
				AM	PM	
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					
	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Rigidez en el pecho <input type="checkbox"/> Otros: _____					

Para acceder a más recursos sobre el asma, visite [ASTHMyths.com](http://ASTHMyths.com).

