REGISTRO DIARIO DE SÍNTOMAS

Nombre: .....

Edad: ..... Fecha (mes y año): .....

SÍNTOMAS (marca con una cruz los días en que has tenido alguno de los síntomas o situaciones siguientes)

DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
He tenido tos																															
He tenido pitos en el pecho																															
He tenido fatiga																															
Me he despertado por la noche																															
He faltado a clase																															
He tenido tos/fatiga con el ejercicio																															
Consulta con el pediatra (Centro Salud)																															
Consulta en Urgencias																															
Ingreso en el hospital																															

MEDICACIÓN (apunta los medicamentos y marca con una cruz los días en que los has tomado)

FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO (apunta la mejor cifra de tres intentos con 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	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Por la mañana																															
Por la noche																															