

DIARIO DEL ASMA

Zona Verde (Está Bien) – Sin síntomas de asma (tos, silbido del pecho, presión en el pecho, falta de aire) durante el día y la noche. La respiración está bien y puede hacer las actividades normales.

Zona Amarilla (Cuidado – Empeorándose) – Tiene síntomas (tos, silbido del pecho, presión en el pecho, despierta de noche). No puede hacer las actividades normales a gusto.

Zona Roja (Peligro) – Falta mucho aire, las medicinas de rescate no ayudan, la respiración es difícil y rápida, no puede hacer actividades normales.
Vaya al Doctor, Ahora!

FECHA														
Medida del Flujo														
ZONA (Verde, Amarilla, o Roja)	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R
Medicinas de Control del asma a largo plazo (Ponga en la lista sus medicinas diarias y marque el número de veces que las usa todos los días)														
Medicines de alivio rápido (Escriba el número de veces que las usa todos los días)														
Síntomas (Marcar con una "X")														
Tos														
Restricción en el Pecho														
Falta de Aire														
Silbido en el Pecho														
Despierta de Noche														
Falta a la escuela o trabajo														
Hace menos Actividades														
Otros														
Causantes (Ponga una "X" al lado de cada causante que le molestó hoy)														
Humo														
Animales														
Clima														
Polvo														
Olores Fuertes														
Otros														

Adapted from NAEPP



FAM Allies trabaja junto con niños y familias conectándoles a gente cuidadosa, reduciendo visitas al hospital, y soportando vidas saludables. ¿Preguntas? Llame al (414) 390-2179!