Diario del asma

(Marca una "X" para indicar cuando tienes síntomas)

Nombre:	
Mes:	

	domingo		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche
Tos														
Silbidos														
Dificultad para respirar														
Flujo máximo														

	domingo		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche
Tos														
Silbidos														
Dificultad para respirar														
Flujo máximo														

	domingo		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche
Tos														
Silbidos														
Dificultad para respirar														
Flujo máximo														

	domingo		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche	mañana	noche
Tos														
Silbidos														
Dificultad para respirar														
Flujo máximo														