



Peak Flow Tracking Sheet

Name: _____

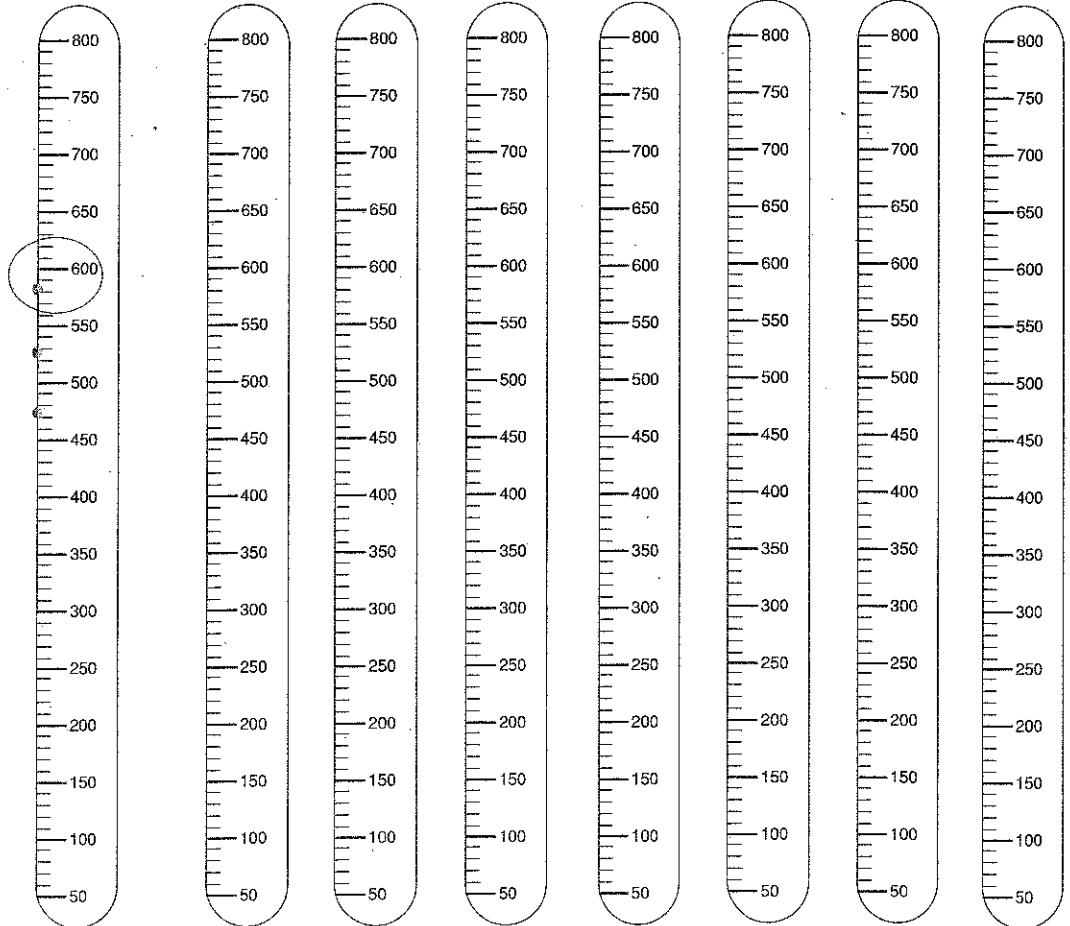
Personal Best Peak Flow: _____

Directions:

1. Blow 3 times.
2. After each blow, mark the spot where the marker stopped.
3. Circle the highest of the 3 numbers. That is your peak flow number today.
4. Check your Asthma Action Plan. Take the medicines for your zone.

Sample Day
Mon
9/24/01

Mon	Tues	Wed	Thur	Fri	Sat	Sun
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____



Notes

Nathan Rendler, MD
 Valle Verde Pediatrics
 15525 Pomerado RD. B1
 Poway, Ca. 92064
 858-487-8333





Hoja de control de flujo máximo

Nombre: _____

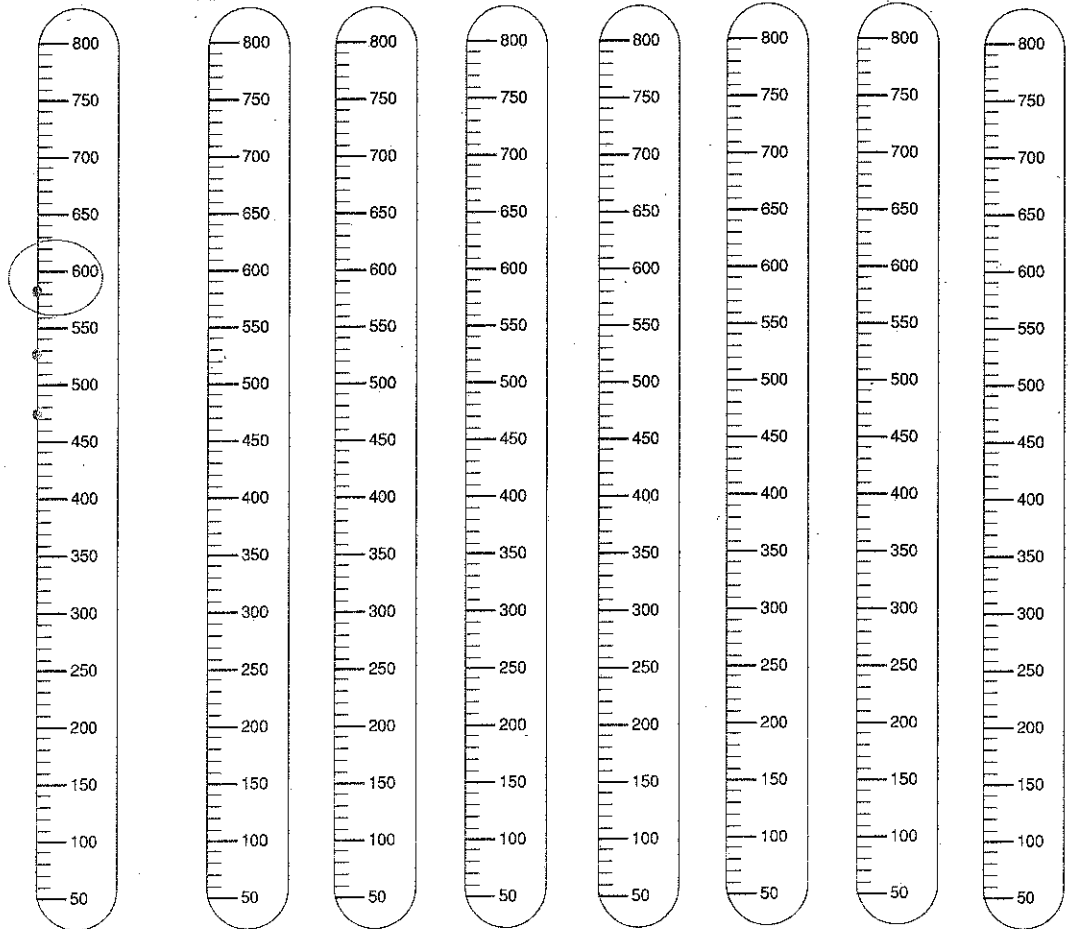
Mejor medida personal de flujo máximo: _____

Ejemplo de día
Lunes
24/sep/01

Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

Instrucciones:

1. Sople 3 veces.
2. Después de cada soplo, marque el punto en donde el indicador se ha detenido.
3. Haga un círculo alrededor del número más alto de los tres. Éste es su número de flujo máximo para el día.
4. Consulte su Plan de Acción contra el Asma. Tome los medicamentos que corresponden a su zona.



Notas

Nathan Rendler, MD
Valle Verde Pediatrics
15525 Pomerado RD. B1
Poway, Ca. 92064
858-487-8333

