Diario de Hábitos y Respiración – Método AIR®

Una herramienta para conocer mejor la salud y el desarrollo de tu hij@.

Nombre del niñ@: _____ Fecha de inicio: _____

Marca las casillas y toma notas.

Esta información nos ayudará a entender mejor sus hábitos y a diseñar un plan personalizado en su primera evaluación con el Método AIR®. (Al final encontrarás un espacio para dudas o notas que quieras compartir durante la visita).

Durante una semana, observa a tu hij@ en distintos momentos del día:

- Al dormir
- Al comer
- Al jugar

	l	m	x	j	v	s	d
Respiración durante el sueño							
Boca abierta	○	○	○	○	○	○	○
Ronquidos	○	○	○	○	○	○	○
Pausas respiratorias	○	○	○	○	○	○	○
Sueño y descanso							
Despertó cansado	○	○	○	○	○	○	○
Se movió mucho	○	○	○	○	○	○	○
Pesadillas	○	○	○	○	○	○	○
Enuresis nocturna (pis en la cama)	○	○	○	○	○	○	○
Respiración durante el día							
Boca abierta	○	○	○	○	○	○	○
Nariz taponada	○	○	○	○	○	○	○
Labios cerrados correctamente	○	○	○	○	○	○	○
Masticación							
Mastica por ambos lados	○	○	○	○	○	○	○
Mastica solo por un lado	○	○	○	○	○	○	○
Ha comido muy rápido	○	○	○	○	○	○	○
Ha comido muy lento	○	○	○	○	○	○	○
Lengua y deglución							
Lengua baja	○	○	○	○	○	○	○
Lengua entre dientes	○	○	○	○	○	○	○
Lengua escondida	○	○	○	○	○	○	○
Comportamiento y concentración							
Irritabilidad	○	○	○	○	○	○	○
Dificultad de concentración	○	○	○	○	○	○	○
Hiperactividad	○	○	○	○	○	○	○
Dolor de cabeza	○	○	○	○	○	○	○

Notas del día:

Lunes: _____
Martes: _____
Miércoles: _____
Jueves: _____
Viernes: _____
Sábado: _____
Domingo: _____

Mis observaciones o preguntas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Si durante esta semana has detectado varias señales, es importante actuar cuanto antes.

Trae este diario a tu primera visita con nosotros, será la base para diseñar un plan personalizado con el Método AIR®.

Respira mejor, crece mejor, sonríe mejor.