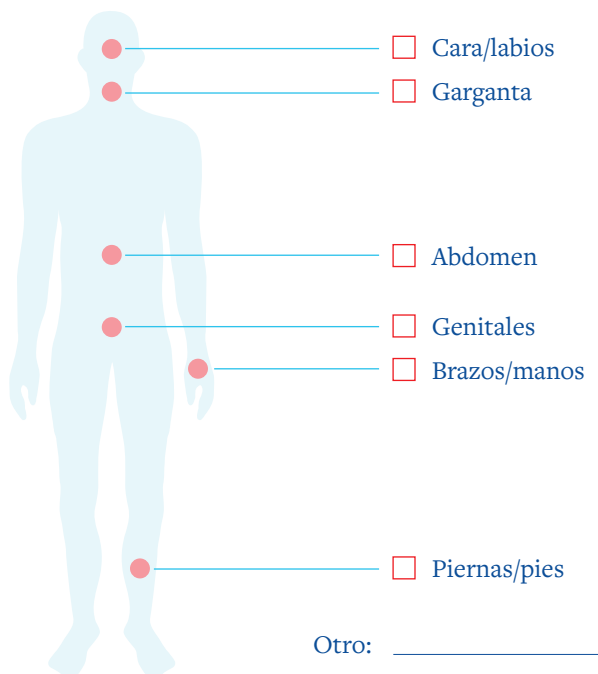


¿Sufre episodios dolorosos o molestos de hinchazón?

Sí  No

## Áreas en las que se ha producido la hinchazón



## Síntomas adicionales

### Piel

Picor  Sí  No  
 Ronchas  Sí  No

### Abdomen

Hinchazón del abdomen  Sí  No  
 Dolor abdominal  Sí  No  
 Diarrea  Sí  No  
 Náuseas  Sí  No  
 Vómitos  Sí  No

Otro: \_\_\_\_\_

### Garganta

Dificultad para tragar  Sí  No  
 Dificultad para respirar  Sí  No  
 Cambios de voz  Sí  No

## Mis episodios

¿Experimenta algún signo de advertencia antes de una hinchazón (p. ej., enrojecimiento, una erupción sin picor u hormigueo)?

¿Ha notado si sus hinchazones están relacionadas con algún factor desencadenante (p. ej., estrés, infección, menstruación o lesión)?

## Mis antecedentes

¿Tiene alguien de su familia síntomas similares?

Sí  No

¿Cuándo comenzaron sus síntomas (p. ej., durante la infancia, adolescencia o edad adulta)?

Número de visitas a urgencias en el último año debido a hinchazón o dolor abdominal

¿Se ha sometido a alguna intervención quirúrgica que no haya aliviado sus síntomas?

Medicación actual

