

Clinica de Medicina de Dolor
Robert Castro Velázquez, MD, DABA
Diplomate of The American Board of Anesthesiology
787-834-2994 | *clinica.robertcastro@gmail.com*

INFUSIÓN DE KETAMINA - CUESTIONARIO DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

De forma breve, describa sus síntomas:

--

Nombre el(los) especialista(s) que ha visitado para atender este problema:

1.	2.
3.	4.

Hospitalizaciones Siquiátricas:

Lugar:	Fecha:
Motivo:	
Lugar:	Fecha:
Motivo:	
Médico que lo refiere:	
Médico primario:	
Diagnóstico establecido por su doctor:	
¿Existe algún miembro de su familia con historial siquiátrico?	
¿Utiliza algún tipo de sustancia controlada? ¿Cuándo fue la última vez?	

Clinica de Medicina de Dolor
Robert Castro Velázquez, MD, DABA
Diplomate of The American Board of Anesthesiology
 787-834-2994 | *clinica.robertcastro@gmail.com*

¿Cuál es su intención o meta con este tratamiento?

Hábitos: ____ Fuma ____ Café ____ Alcohol ____ Drogas ilegales

Sueño: padece de insomnia? ____ si ____ no

¿Cuánto tiempo duerme en las noches? ____ hrs.

Mencione si es alérgico a algún tipo de medicamento o comida:

Historial médico:

Alta Presión Diabetes Depresión Angina Cirrosis Artritis Ataque al Corazón Asma Accidente Cerebrovascular Tiroide	Enfisema Epilepsia Fallo RenalCirculation Bronquitis Hepatitis Úlceras en el Estómago HIV Otra: _____
--	---

Medicamentos:

NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		