

**Paciente**

**Nombre:** JORGE  
**Apellido paterno:** MARTINEZ  
**Fecha de registro:** 19/01/2026  
**Fecha de nacimiento:** 08/07/1983  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 664 2435557  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

**CONSULTA 19/01/2026****Formato #243**

**Fecha:** 19/01/2026 12:59 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #245**

**Fecha:** 19/01/2026 12:51 PM  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Firmado:** No

**Expediente**

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| No.      |           |

**DATOS DEL PACIENTE**

| Pregunta             | Respuesta |
|----------------------|-----------|
| Sexo:                | HOMBRE    |
| Domicilio:           |           |
| Entidad:             | BC        |
| Ocupación:           | CHOFER    |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | CDMX      |
| Estado Civil:        | SOLTERO   |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE ESCAPULA DERECH |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                          |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            |                          |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     |                          |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        |                          |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             |                          |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         |                          |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                          |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                          |
| Valoración del Dolor                                                                                                  |                          |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                          |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            |                          |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             |                          |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       |                          |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       |                          |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                          |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | CHOFER                   |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                          |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                          |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                          |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                          |
| Observaciones                                                                                                         |                          |