

Paciente

Nombre: Jorge
Apellido paterno: Armendariz
Fecha de registro: 13/09/2025
Fecha de nacimiento: 23/06/1965
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6646280907
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 13/09/2025

Formato #25

Fecha: 13/09/2025 01:13 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #27

Fecha: 13/09/2025 01:09 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:	Baja California
Ocupación:	Comerciante
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Torreon
Estado Civil:	Casado

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Ajuste preventivo
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	6 meses
¿Describa de qué manera comienza?	Desde temprano
¿Con qué frecuencia lo padece?	Todos los dias
¿Presenta entumecimiento?	No
¿Algo que agrave el malestar?	Movimientos repetitivos
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	2 - Incomodo
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	No
¿Ha estado hospitalizado?	No
¿Ha sufrido de alguna fractura?	No
¿Ha sufrido de algún accidente?	No
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	Parado y movimiento de brazos
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	