

Paciente

Nombre: AARON
Apellido paterno: BROWN
Fecha de registro: 21/05/2026
Fecha de nacimiento: 28/10/1996
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 7572648825
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 21/05/2026**Formato #448**

Fecha: 21/05/2026 05:16 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #474

Fecha: 21/05/2026 05:14 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:	USA
Ocupación:	ESTUDIA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	USA
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE HOMBRO DERECHO Y ESPALDA BAJA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	15 AÑOS
¿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	2 - Incomodo
¿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?	QUINTO QUINTATARPIANO
¿Ha sufrido de algún accidente?	
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	ESTUDIA
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	