

100 - JAVIER DUEÑAS GONZALEZ

Paciente

Nombre: JAVIER
Apellido paterno: DUEÑAS
Apellido materno: GONZALEZ
Fecha de registro: 27/10/2025
Fecha de nacimiento: 20/12/1966
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6645273266
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 27/10/2025

Nota de evolución #142

Fecha: 27/10/2025 06:40 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA, DX007 - DELTOIDES

Detalle:

DOLOR DE TRAPECIO, DELTOIDES, FLEXORES, IZQUIERDO

27/10/2025

* PUNCION TRAPECIO, CERVICALES, DELTOIDES, FLEXORES IZQUIERDO.

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC TRAPECIO, DELTOIDES, FLEXORES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
10/11/2025 04:58 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	10/11/2025 * AJSUTE GENERAL * VENTOSAS TRAPECIO Y DELTOIDES IZQ * ELECTRO PUNCION TRAPECIO Y DELTOIDES IZQ * TENS CC TRAPECIO Y DELTOIDES IZQ
29/10/2025 04:43 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	29/10/2025 SIGUE LA MOLESTIA, AL IGUAL QUE LA PRIMERA VEZ. 29/10/2025 * AJUSTE GENERAL * PUNCION TRAPECIO,

100 - JAVIER DUEÑAS GONZALEZ

Fecha	Médico	Detalle
		DELTOIDES, ESCAPULA. * TENS CC TRAPECIO, DELTOIDES, ESCAPULA

Formato #98

Fecha: 27/10/2025 06:05 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #97

Fecha: 27/10/2025 06:01 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:	GERENCIA DE SEGURIDAD
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	HERMOSILLO SONORA
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLLOR DE HOMBRO IZQUIERDO Y DEDOS
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	DOS MESES
¿Describe de qué manera comienza?	DURANTE EL DIA, DE MANERA GRADUAL
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	DORMIR DE ESE LADO, ALGUNOS ESTIRAMIENTOS.
¿Algo alivia o mejora el malestar?	PONERME ALMOHOADA ABAJO DE LA AXILA
¿Información Adicional?	

100 - JAVIER DUEÑAS GONZALEZ

Pregunta	Respuesta
Valoración del Dolor	3 - Punzante
¿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?	DE TODO, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, CAMINAR.
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	