

121 - NATALIA HERNANDEZ AMADOR

Paciente

Nombre: NATALIA
Apellido paterno: HERNANDEZ
Apellido materno: AMADOR
Fecha de registro: 10/11/2025
Fecha de nacimiento: 08/10/1987
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6643597540
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 10/11/2025

Nota de evolución #164

Fecha: 10/11/2025 07:04 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí

Diagnósticos:

M436 - TORTÍCOLIS, Z637 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR, DX011 - LUMBALGIA

Detalle:

10/11/2025

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC CERVICALES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
14/11/2025 05:17 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	14/11/2025 * AJUSTE GENERAL * TENS CC CERVICALES
12/11/2025 04:34 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	12/11/2025 * AJUSTE GENERAL * ACOPUNTURA ELECTRONICA ELEVADOR DERECHO * VENTOSAS, TRAPÉCIOS Y CERVICALES * TENS CC CERVICALES

121 - NATALIA HERNANDEZ AMADOR

Formato #119

Fecha: 10/11/2025 06:49 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Formato #118

Fecha: 10/11/2025 06:49 PM
Formato: Formato general
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: No

Historia clínica #119

Fecha: 10/11/2025 06:42 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	MUJER
Domicilio:	
Entidad:	BC
Ocupación:	COMERCIANTE
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	SONORA
Estado Civil:	UNION LIBRE

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR EN EL CUELLO Y DOLOR DE ESPALDA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	MES
¿Describe de qué manera comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO

121 - NATALIA HERNANDEZ AMADOR

Pregunta	Respuesta
¿Algo que agrave el malestar?	GIRAR EL CUELLO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ACOSTADA BOCA ARRIBA
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	7 - Intenso
¿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?	PARADA, SENTADA, INCADA, ETC
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	