

---

**Paciente**

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre:</b>              | BEATRIZ                        |
| <b>Apellido paterno:</b>    | CUIEL                          |
| <b>Fecha de registro:</b>   | 15/11/2025                     |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | 26/08/1963                     |
| <b>Sexo:</b>                | Femenino                       |
| <b>Tipo documento:</b>      | CURP                           |
| <b>País:</b>                | MÉXICO                         |
| <b>Estado:</b>              | BAJA CALIFORNIA                |
| <b>Municipio:</b>           | TIJUANA                        |
| <b>Telefonos:</b>           | 3237086413                     |
| <b>Titular:</b>             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

**CONSULTA 15/11/2025**

**Nota de evolución #170**

---

|                      |                                                                                                |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fecha:</b>        | 15/11/2025 01:10 PM                                                                            |
| <b>Médico:</b>       | Arturo Fabián Medina Santacruz                                                                 |
| <b>Cerrada:</b>      | Sí                                                                                             |
| <b>Diagnósticos:</b> | M542 - CERVICALGIA, Z733 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE |
| <b>Detalle:</b>      | 15*11*2025<br>* PUNCION CERVICALES<br>* AJUSTE GENERAL<br>* TENS CC CERVICALES                 |

**Formato #125**

---

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| <b>Fecha:</b>    | 15/11/2025 12:47 PM                    |
| <b>Formato:</b>  | CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO |
| <b>Medico:</b>   | Arturo Fabián Medina Santacruz         |
| <b>Sucursal:</b> | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| <b>Activo:</b>   | Sí                                     |

**Historia clínica #125**

---

|                  |                                    |
|------------------|------------------------------------|
| <b>Fecha:</b>    | 15/11/2025 12:43 PM                |
| <b>Medico:</b>   | Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| <b>Sucursal:</b> | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz |
| <b>Firmado:</b>  | No                                 |

**Expediente**

---

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

#### DATOS DEL PACIENTE

| Pregunta             | Respuesta   |
|----------------------|-------------|
| Sexo:                | MUJER       |
| Domicilio:           |             |
| Entidad:             | USA         |
| Ocupación:           | RETIRADA    |
| Escolaridad:         |             |
| Lugar de Nacimiento: | GUADALAJARA |
| Estado Civil:        | VIUDA       |

#### INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | TENSION EN LA PARTE CERVICAL |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                              |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 2 ANOS                       |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     | COSTANTE                     |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS               |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                           |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | ESTRES                       |
| ¿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?                                                                                       | MANO IZQUIERDA               |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | CARRO, CHOQUE POR ALCANCE    |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                              |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | JUBILADA                     |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                              |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                              |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                              |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                              |
| Observaciones                                                                                                         |                              |