

140 - KARLA FRANCISCA GUZMAN

Paciente

Nombre: KARLA FRANCISCA
Apellido paterno: GUZMAN
Fecha de registro: 22/11/2025
Fecha de nacimiento: 09/07/1989
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 72052226
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 09/12/2025

Nota de evolución #224

Fecha: 09/12/2025 03:40 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Detalle:
 09/12/2025
 * AJUSTE GENERAL
 * TENS CC LUMBARES SY GLUTEO

CONSULTA 22/11/2025

Nota de evolución #183

Fecha: 22/11/2025 11:02 AM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX022 - ESCOLIOSIS LUMBAR
Detalle:
 22/11/2025
 * PUNCION LUMBAR
 * AJUSTE LUMBAR
 * TENS CC LUMBARES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
03/12/2025 06:26 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	03/12/2025 * AJUSTE general * ELECTRO PUNCION GLÚTEO Y LUMBARES

Medis365 - MSRKG

140 - KARLA FRANCISCA GUZMAN

Fecha	Médico	Detalle
		* TENS CC LUMBARES Y GLUTEO
27/11/2025 05:35 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	27/11/2025 * AJUSTE GENERAL * VENTOSAS LUMBARES * TENS FORTALECIMIENTO

Formato #139

Fecha: 22/11/2025 10:41 AM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #138

Fecha: 22/11/2025 10:38 AM
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:	SALVADOR
Ocupación:	BARISTA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	SALVADOR
Estado Civil:	SOLTERA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA Y ESCOLIOSIS LUMBAR
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	2 AÑOS
¿Describe de qué manera comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	AGACHARME

Pregunta	Respuesta
¿Algo alivia o mejora el malestar?	NO
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	9 - Molesto
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	CESAREA
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	PARADA Y ATENCIÓN AL CLIENTE
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	