
Paciente

Nombre:	SANDRA
Apellido paterno:	MEZA
Apellido materno:	AGUILAR
Fecha de registro:	08/12/2025
Fecha de nacimiento:	24/08/1976
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6647653922
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 08/12/2025

Nota de evolución #219

Fecha:	08/12/2025 04:08 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	F438 - OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE, M542 - CERVICALGIA
Detalle:	
DOLOR DE HOMBRO DERECHO	
08/12/2025	
* AJUSTE GENERAL	
* TENS CC TRAPECIO Y DELTOIDES DERECHO	

Formato #177

Fecha:	08/12/2025 03:57 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Historia clínica #178

Fecha:	08/12/2025 03:54 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:	AMA DE CASA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	JALISCO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	ESTRES, ALINEACION
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	3 MESES
¿Describa de qué manera comienza?	AL HACER MOVIMIENTOS
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	A VECES
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿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?	PENDECI, VESICULA, CESAREA
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	BRAZO
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	HOGAR
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	