
Paciente

Nombre:	Jesus Mauricio
Apellido paterno:	Zaragoza
Fecha de registro:	09/09/2025
Fecha de nacimiento:	26/12/1962
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6647947805
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 16/09/2025

Nota de evolución #42

Fecha:	16/09/2025 04:33 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
16/09/2025	
* Ajuste general	
* ventosas trapecios, deltoides derecho	
* tens trapcio y deltoides derecho	

CONSULTA 12/09/2025

Nota de evolución #24

Fecha:	12/09/2025 02:48 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
12/09/2025	
* ajuste general	
* electro puncion trapecio, deeltoides derecho	
* tens CC trapecio y deltoides derecho	

CONSULTA 09/09/2025

Nota de evolución #18

Fecha: 09/09/2025 04:28 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX007 - DELTOIDES

Detalle:

03/09/2025

- * puncion trapecio y deltoides derecho
- * Ajuste general
- * tens CC trapecio y deltoides derecho

Historia clínica #17

Fecha: 09/09/2025 04:17 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:	Baja California
Ocupación:	Abogado
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Mazatlan Sinaloa
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Dolor de hombros
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	Años (cronico)
¿Describe de qué manera comienza?	Al hacer movimiento
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	No
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	Al hacer movimiento
¿Información Adicional?	

Medis365 - MSRKG

20 - Jesus Mauricio Zaragoza

Pregunta	Respuesta
Valoración del Dolor	10 - Insoportable
¿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?	La nariz
¿Ha sufrido de algún accidente?	No
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	Estar sentado
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	