

Paciente

Nombre: JESÚS ANTONIO
Apellido paterno: ROSAS
Fecha de registro: 02/01/2026
Fecha de nacimiento: 07/01/1990
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6648574867
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 02/01/2026

Nota de evolución #244

Fecha: 02/01/2026 04:44 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos:
M542 - CERVICALGIA, DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo, DX011 - LUMBALGIA
Detalle:
04/01/2025
* PUNCION LUMBAR
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC LUMBARES

07/02/2025
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC LUMBARES

02/01/2026
* AJUSTE GENERAL
* VENTOSAS CERVICALES SY LUMBARES
* TENS CC LUMBARES Y CERVICALES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
05/05/2026 04:01 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	05/05/2026 * AJUSTE GENERAL * TENS CC TODO LA ESPALDA
30/04/2026 04:15 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	30/04/2026 *AJUSTE GENERAL * TENS CC CERVICALES Y

Medis365 - MSRKG

206 - JESÚS ANTONIO ROSAS

Fecha	Médico	Detalle
		LUMBARES
28/04/2026 04:19 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	28/04/2026 * AJUSTE GENERAL * VENTOSAS TENS CC LUMBARES
09/01/2026 03:43 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	09/01/2026 *AJUSTE GENERAL * TENS CC TODA LA ESPALDA

Formato #201

Fecha: 02/01/2026 04:24 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #203

Fecha: 02/01/2026 04:23 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:	COCINERO
Escolaridad:	SECUNDARIA
Lugar de Nacimiento:	PUEBLA
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	CINTURA, hombros y cuello
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Describe de qué manera comienza?	AL EMPEZAR EL DIA

Pregunta	Respuesta
¿Con qué frecuencia lo padece?	DIARIO
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	NO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	RELAJANTES
¿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?	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?	COCINERO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	