

208 - MARITZA GUADALUPE HERNANDEZ IRALES

---

Paciente

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nombre:              | MARITZA GUADALUPE              |
| Apellido paterno:    | HERNANDEZ                      |
| Apellido materno:    | IRALES                         |
| Fecha de registro:   | 02/01/2026                     |
| Fecha de nacimiento: | 03/08/1991                     |
| Sexo:                | Femenino                       |
| Tipo documento:      | CURP                           |
| País:                | MÉXICO                         |
| Estado:              | BAJA CALIFORNIA                |
| Municipio:           | TIJUANA                        |
| Telefonos:           | 6383805500                     |
| Titular:             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

CONSULTA 02/01/2026

Nota de evolución #246

---

|                                 |                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| Fecha:                          | 02/01/2026 06:13 PM                           |
| Médico:                         | Arturo Fabián Medina Santacruz                |
| Cerrada:                        | Sí                                            |
| Diagnósticos:                   | DX003 - Lumbalgia cronica, M542 - CERVICALGIA |
| Detalle:                        |                                               |
| 02/01/2026                      |                                               |
| * AJUSTE GENERAL                |                                               |
| * VENTOSAS LUMBARES             |                                               |
| * TENS CC LUMBARES Y CERVICALES |                                               |

Formato #203

---

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| Fecha:    | 02/01/2026 05:57 PM                    |
| Formato:  | CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO |
| Medico:   | Arturo Fabián Medina Santacruz         |
| Sucursal: | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| Activo:   | Sí                                     |

Historia clínica #205

---

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| Fecha:    | 02/01/2026 05:52 PM                |
| Medico:   | Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| Sucursal: | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz |
| Firmado:  | No                                 |

Expediente

---

208 - MARITZA GUADALUPE HERNANDEZ IRALES

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

DATOS DEL PACIENTE

| Pregunta             | Respuesta   |
|----------------------|-------------|
| Sexo:                | MUJER       |
| Domicilio:           |             |
| Entidad:             | BC          |
| Ocupación:           | COMERCIANTE |
| Escolaridad:         |             |
| Lugar de Nacimiento: | ENSENADA    |
| Estado Civil:        | CASADA      |

INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | CINTURA Y HOMBRO DERECHO                                          |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                                                   |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | HOMBRO (2 AÑOS) POR MOVIMIENTOS<br>RREPETITIVOS CINTURA ( 4 AÑOS) |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     | DESDE QUE ME LEVANTO                                              |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                                                    |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                                                                |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | AL HACER QUEHACER                                                 |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | ACOSTARME                                                         |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                                                   |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 3 - Punzante                                                      |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                                                                   |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            | SI, CESAREA, MATRIZ                                               |
| ¿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?                                                                                        | COMERCIANTE Y CARGAR BULTOS, SENTADA Y PARADA                     |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                                                   |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                                                   |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                                                                   |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                                                                   |
| Observaciones                                                                                                         |                                                                   |