
Paciente

Nombre: M. BELEN
Apellido paterno: PEREZ
Apellido materno: MUÑOZ
Fecha de registro: 08/01/2026
Fecha de nacimiento: 06/04/1967
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 661146 8729
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 08/01/2026**Nota de evolución #259**

Fecha: 08/01/2026 04:15 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA

Detalle:

DELTOIDES Y TRAPECIO IZQUIERDO

08/01/2026

* AJUSTE GENERAL

* ELECTRO PUNCION TRAPECIO Y DELTOIDES

* TENS CC TRAPECIO Y DELTOIDES IZQUIERDO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
15/01/2026 01:35 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	15/01/2026 *AJUSTE GENERAL * ELECTRO PUNCION PUNCION DELTOIDES, CODO, FLEXOR Y EXTENSOR IZQUIERDO *TENS PUNCION DELTOIDES, CODO, FLEXOR Y EXTENSOR IZQUIERDO

Formato #216

Fecha: 08/01/2026 03:55 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz

Activo: Sí

Historia clínica #218

Fecha: 08/01/2026 03:51 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:	HOGAR
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	AGUASCALIENTES
Estado Civil:	VIUDA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	CUELLO Y BRAZO IZQUIERDO Y PIERNA IZQUIERDA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	4 MESES
¿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?	AL COCINAR Y LAVAR LOS TRASTES
¿Algo alivia o mejora el malestar?	COLOCAR ZAVILA
¿Información Adicional?	
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?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI EN EL BRAZO IZQUIERDO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	HOGAR
¿Practica algún deporte?	

Medis365 - MSRKG

221 - M. BELEN PEREZ MUÑOZ

Pregunta	Respuesta
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	