
Paciente

Nombre: DULCE
Apellido paterno: GONZALEZ
Apellido materno: NAVA
Fecha de registro: 10/01/2026
Fecha de nacimiento: 18/07/1991
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6647523567
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 10/01/2026**Nota de evolución #264**

Fecha: 10/01/2026 11:04 AM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX011 - LUMBALGIA, M548 - OTRAS DORSALGIAS, M542 - CERVICALGIA
Detalle:
10/01/2026
* PUNCION TRAPECIOS
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC CERVICALES, DORSALES Y LUMBARES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
07/03/2026 11:51 AM	Arturo Fabián Medina Santacruz	07/03/2026 * AJUSTE GENERAL * PUNCION FLEXOR IZQUIERDO * TENS CC CERVICALES
31/01/2026 11:11 AM	Arturo Fabián Medina Santacruz	31/01/2026 *PUNCION LUMBAR Y GLÚTEO DERECHO *AJUSTE GENERAL *TENS CC LUMBARES Y GLUTEO
17/01/2026 11:17 AM	Arturo Fabián Medina Santacruz	17/01/2026 *AJUSTE GENERAL *VENTOSAS LUMBARES *TENS CC TODA LA ESPALDA

Formato #222

Fecha: 10/01/2026 10:40 AM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #224

Fecha: 10/01/2026 10:36 AM
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:	TLAXCALA
Estado Civil:	CASADA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA COMPLETA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	8 MESES
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	BRAZOS
¿Algo que agrave el malestar?	CUALQUIER COSA
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿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

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