

## 236 - ENRIQUETA MUÑOZ CASTRO

## Paciente

**Nombre:** ENRIQUETA  
**Apellido paterno:** MUÑOZ  
**Apellido materno:** CASTRO  
**Fecha de registro:** 15/01/2026  
**Fecha de nacimiento:** 16/01/1958  
**Sexo:** Femenino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6641626986  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

## CONSULTA 15/01/2026

## Nota de evolución #273

**Fecha:** 15/01/2026 05:04 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX031 - ESTRES EMOCIONAL, DX011 - LUMBALGIA, M542 - CERVICALGIA  
**Detalle:**  
15/01/2026  
\* AJUSTE GENERAL  
\* TENS CC MASAJE TODA LA ESPALDA

## Historia clínica #233

**Fecha:** 15/01/2026 05:02 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: |           |

236 - ENRIQUETA MUÑOZ CASTRO

| Pregunta             | Respuesta |
|----------------------|-----------|
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | ZACATECAS |
| Estado Civil:        | CASADA    |

INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | ESTRES DOLOR DE ESPALDA EN GENERAL |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                    |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            |                                    |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     |                                    |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        |                                    |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             |                                    |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         |                                    |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                                    |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                    |
| Valoración del Dolor                                                                                                  |                                    |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                                    |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            |                                    |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             |                                    |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       |                                    |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       |                                    |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                    |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        |                                    |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                    |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                    |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                                    |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                                    |
| Observaciones                                                                                                         |                                    |