
Paciente

Nombre:	Francisco
Apellido paterno:	Sanchez
Fecha de registro:	11/09/2025
Fecha de nacimiento:	28/03/1988
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	4775981818
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 22/09/2025

Nota de evolución #65

Fecha:	22/09/2025 03:52 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
22/09/2025	
* Ajuste general	
* ventosas trapecios y cervicales	
* Tens CC trapecios y cervicales	

CONSULTA 16/09/2025

Nota de evolución #41

Fecha:	16/09/2025 03:51 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
16/09/2025	
* Ajuste General	
* ventosas trapecios y cervicales	
* tens CC trapecios y cervicales	

CONSULTA 11/09/2025

Nota de evolución #23

Fecha: 11/09/2025 03:27 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA, R293 - POSTURA ANORMAL
Detalle:
 11/09/2025
 * Ajuste general
 * Tens CC cervicales

Formato #18

Fecha: 11/09/2025 03:16 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #21

Fecha: 11/09/2025 03:13 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	Masculino
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	Tatuador
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Leon
Estado Civil:	Soltero

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Dolor de cuello y cervicales
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	Dos meses

Medis365 - MSRKG

24 - Francisco Sanchez

Pregunta	Respuesta
¿Describa de qué manera comienza?	Desde la mañana
¿Con qué frecuencia lo padece?	Todos los dias
¿Presenta entumecimiento?	No
¿Algo que agrave el malestar?	Al inclinarme
¿Algo alivia o mejora el malestar?	Al acostarme
¿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?	Tatuador
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	