

326 - SARAI YULIANA TORRES PAYAN

Paciente

Nombre: SARAI YULIANA
Apellido paterno: TORRES
Apellido materno: PAYAN
Fecha de registro: 07/03/2026
Fecha de nacimiento: 25/04/1982
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6645933565
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 07/03/2026

Nota de evolución #358

Fecha: 07/03/2026 01:20 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M753 - TENDINITIS CALCIFICANTE DEL HOMBRO

Detalle:

07/03/2026

- * AJUSTE GENERAL
- * ELECTRO PUNCION TRAPECIO, DELTOIDES, CODO Y FLEXOR DERECHO
- * TENS TRAPECIO DELTOIDES Y FLEXOR DERECHO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
21/03/2026 01:48 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	21/03/2026 *ELECTROÚNCION DELTOIDES * ULTRASONIDO DELTOIDES * TENS CERVICALES Y DELTOIDES DERECHO
14/03/2026 03:55 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	14/03/2026 * AJUSTE GENERAL * VENTOSAS TRAPECIO, DELTOIDES, FLEXORES * TENS TRAPECIO, DELTOIDES Y FLEXOR DERECHO

326 - SARAI YULIANA TORRES PAYAN

Formato #317

Fecha: 07/03/2026 12:53 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #320

Fecha: 07/03/2026 12:48 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:	TELEFONISTA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	SOLTERA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	CUELLO, ESPALDA ALTA, HOMBRO DERECHO
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	3 MESES
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE LA MAÑANA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODO LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	PUNSANTE
¿Algo que agrave el malestar?	MOVIMIENTO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿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?	QUISTE DE OVARIOS, MANGA HGASTRICA,

Medis365 - MSRKG

326 - SARAI YULIANA TORRES PAYAN

Pregunta	Respuesta
	VESICULA, CESAREA, CEPRE
¿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?	SENTADA, COMPUTADORA Y HABLAR
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	