
Paciente

Nombre: Belen
Apellido paterno: Guerrero
Apellido materno: Rodriguez
Fecha de registro: 17/09/2025
Fecha de nacimiento: 14/01/1977
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6645796659
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 25/09/2025

Nota de evolución #75

Fecha: 25/09/2025 05:19 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Detalle:
25/09/2025
* Ajuste gneral
* Electro puncion trapecio, deltoides, flexor izq.
* Tens trapecio, deltoides, flexor izq.

CONSULTA 22/09/2025

Nota de evolución #67

Fecha: 22/09/2025 05:05 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Detalle:
22/09/2025
* Ajuste general
* tens CC trapecuos y escapulas

CONSULTA 17/09/2025

Nota de evolución #47

Fecha: 17/09/2025 06:05 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA, DX014 - RECTIFICACION CERVICAL
Detalle:
 17/09/2025
 * Puncion trapecios
 * Ajuste general
 * tens CC trapecios y cervicales

Formato #31

Fecha: 17/09/2025 05:47 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #33

Fecha: 17/09/2025 05:42 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:	
Ocupación:	Hogar
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Tijuana
Estado Civil:	Union libre

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Trapecios y cervicales
¿Malestar principal?	

Medis365 - MSRKG

36 - Belen Guerrero Rodriguez

Pregunta	Respuesta
¿Desde que fecha comienza?	1 mes y dos semanas
¿Describa de qué manera comienza?	Desde que me levanto
¿Con qué frecuencia lo padece?	Todos los dias
¿Presenta entumecimiento?	Si,brazo y dedos izquierdo
¿Algo que agrave el malestar?	Al voltear al lado izquierdo
¿Algo alivia o mejora el malestar?	Acostarme del lado contrario
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	2 - Incomodo
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	Hernia estomacal
¿Ha estado hospitalizado?	Si
¿Ha sufrido de alguna fractura?	No
¿Ha sufrido de algún accidente?	Si, en moto
¿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	