

387 - GRACIELA GONZALEZ CORONADO

Paciente

Nombre: GRACIELA
Apellido paterno: GONZALEZ
Apellido materno: CORONADO
Fecha de registro: 10/04/2026
Fecha de nacimiento: 01/11/1947
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6643171455
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 10/04/2026

Nota de evolución #418

Fecha: 10/04/2026 05:34 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí

Diagnósticos:

M542 - CERVICALGIA, M548 - OTRAS DORSALGIAS, DX011 - LUMBALGIA, DX031 - ESTRES EMOCIONAL

Detalle:

SEÑORA DE 78 AÑOS, CON DOLOR EN TODO EL CUERPO. SE TRABAJARON PUROS AGENTES FISICOS, NO AJUSTES.

10/04/2026

* VENTOSAS DORSALES Y LUMBARES

*PUNCION LUMBARES

* TENS CC LUMBARES Y MASAJE EN CERVICALES Y DORSALES

* TENS TRAPÉCIOS, BICEPS, FLEXORES

Formato #378

Fecha: 10/04/2026 05:07 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #381

Fecha: 10/04/2026 05:03 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

387 - GRACIELA GONZALEZ CORONADO

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	MUJER
Domicilio:	
Entidad:	BC
Ocupación:	AMA DE CASA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	JALISCO
Estado Civil:	CASADA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE CUERPO
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	MUCHO TIEMPO
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	DEDO IZQUIERDO
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	8 - Profundo
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	HERNIA OMBLIGO, MATRIZ , CESAREA
¿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?	HOGAR
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	