

434 - YASBEL ABIGAIL GUDIÑO MARQUEZ

Paciente

Nombre: YASBEL ABIGAIL
Apellido paterno: GUDIÑO
Apellido materno: MARQUEZ
Fecha de registro: 01/05/2026
Fecha de nacimiento: 18/03/1976
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6645014083
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 11/05/2026

Orden de estudios de gabinete #7

Fecha: 11/05/2026 04:11 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Observaciones:

La paciente tuvo una caída y el golpe fue la cadera. Puede caminar pero el dolor le impide hacer sus actividades diarias.

Listado de orden de estudios de gabinete

Estudio	Indicaciones	Grupo
AP Y LATERAL DE COLUMNA LUMBOSACRA		RADIOGRAFÍA

CONSULTA 01/05/2026

Nota de evolución #463

Fecha: 01/05/2026 03:43 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX024 - CIATICA IZQUIERDA, DX031 - ESTRES EMOCIONAL

Detalle:

01/05/2026

* PUNCION CIATICA IZQUIERDA

*AJUSTE GENERAL

* TENS CC CIATICA IZQUIERDA

Listado de notas adicionales

434 - YASBEL ABIGAIL GUDIÑO MARQUEZ

Fecha	Médico	Detalle
11/05/2026 03:57 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	11/05/2026 * AJUSTE GENERAL * VENTOSAS PERIFORME IZQUIERDA Y CIATICA * TENS CC PERIFORME Y CIATICA IZQUIERDA
07/05/2026 07:20 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	07/05/2026 *AJUSTE GENERAL * ELECTRO PUNCION PERIFORME IZQUIERDO * TENS CC PERIFORME IZQUIERDO

Formato #410

Fecha: 01/05/2026 03:08 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #428

Fecha: 01/05/2026 03:03 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:	MANICURISTA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	DURANGO
Estado Civil:	CASADA

INFORMACIÓN GENERAL

434 - YASBEL ABIGAIL GUDIÑO MARQUEZ

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	CIATICA IZQUIERDA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	MÁS DE UN AÑO
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	SI
¿Algo que agrave el malestar?	DURANTE MI TRABAJO DE MANICURISTA
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ACOSTA DE MANERA RECTA
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	10 - Insoportable
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	ESTERECTOMIA
¿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?	MANICURISTA
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	