

44 - VICTOR MANUEL MORA MORENO

Paciente

Nombre:	VICTOR MANUEL
Apellido paterno:	MORA
Apellido materno:	MORENO
Fecha de registro:	20/09/2025
Fecha de nacimiento:	11/01/1977
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6643688053
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 03/10/2025

Nota de evolución #102

Fecha:	03/10/2025 06:50 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
03/10/2025	
* AJUSTE GENERAL	
* TENS CC CERVICALES	
* MASA RELAX LUMBARES	

CONSULTA 26/09/2025

Nota de evolución #77

Fecha:	26/09/2025 06:38 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
26/09/2025	
* Ajuste General	
* Ventosas trapecios	
* Tens CC trapecios	

CONSULTA 20/09/2025

44 - VICTOR MANUEL MORA MORENO

Nota de evolución #62

Fecha: 20/09/2025 10:17 AM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos:
Z563 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON HORARIO ESTRESANTE DE TRABAJO, M542 - CERVICALGIA
Detalle:
20/09/2025
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC TRAPÉCIOS Y CERVICALES

Formato #38

Fecha: 20/09/2025 10:05 AM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #41

Fecha: 20/09/2025 10:03 AM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	HOMBRE
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	EMPLEADO
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	MICHOACAN
Estado Civil:	DIVORCIADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	HIOMBROS
¿Malestar principal?	

44 - VICTOR MANUEL MORA MORENO

Pregunta	Respuesta
¿Desde que fecha comienza?	
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	
¿Ha estado hospitalizado?	
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	SENTADO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	