

46 - Yoslie karina Reyes Lugo

Paciente

Nombre:	Yoslie karina
Apellido paterno:	Reyes
Apellido materno:	Lugo
Fecha de registro:	24/09/2025
Fecha de nacimiento:	11/03/1995
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6643556443
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 04/10/2025

Nota de evolución #106

Fecha:	04/10/2025 12:19 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
04/10/2025	
* ajuste general	
* ventosas cervicale sy escapula	
* tens cc cervicales y escapula	

CONSULTA 26/09/2025

Nota de evolución #76

Fecha:	26/09/2025 12:38 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
26/09/2025	
* Ajuste General	
* Tens CC trapecios y escapulas	

CONSULTA 24/09/2025

Nota de evolución #70

Fecha: 24/09/2025 01:01 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA, DX010 - ESCAPULA
Detalle:
 24/09/2025
 * Puncion trapecios
 * Ajuste general
 * Tens CC trapecios y escapula

Formato #40

Fecha: 24/09/2025 12:37 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #43

Fecha: 24/09/2025 12:33 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:	Empleadan7 eleven
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Tijuana
Estado Civil:	Union libre

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Dolor de cuello y hombros
¿Malestar principal?	

Medis365 - MSRKG

46 - Yoslie karina Reyes Lugo

Pregunta	Respuesta
¿Desde que fecha comienza?	6 meses
¿Describa de qué manera comienza?	Todo el día
¿Con qué frecuencia lo padece?	Todos los días
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	Al cargar pesado (siente el pecho pesado) sin poder respirar
¿Algo alivia o mejora el malestar?	Al acostarme
¿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?	No
¿Ha estado hospitalizado?	No
¿Ha sufrido de alguna fractura?	Brazo izquierdo
¿Ha sufrido de algún accidente?	Si
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	Estar parada y en atención al cliente
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	