

489 - MARÍA ROGELITA CRUZ PEREZ

Paciente

Nombre: MARÍA ROGELITA
Apellido paterno: CRUZ
Apellido materno: PEREZ
Fecha de registro: 25/05/2026
Fecha de nacimiento: 20/05/1969
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 5532065741
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 25/05/2026

Nota de evolución #515

Fecha: 25/05/2026 03:51 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos:
 DX017 - DESFASE PIERNAS, DX003 - Lumbalgia cronica, DX037 - ESCOLIOSIS DORSAL

Detalle:

25/05/2026
 * PUNCION LUMBAR Y GLÚTEO DERECHO
 *AJUSTE GENERAL
 TENS CC LUMBARES Y GLUTEO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
10/06/2026 04:15 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	10/06/2026 * AJUSTE GENERAL *ELECTRO PUNCION PERIFORME DERECHO *TENS CC PERIFORMES
27/05/2026 02:25 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	27/06/2026 * AJUSTE QUIROPRACTICO * VENTOSAS LUMBARES Y GLUTEO * TENS CC LUMBARES Y PERIFORME.

489 - MARÍA ROGELITA CRUZ PEREZ

Formato #457

Fecha: 25/05/2026 03:30 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Formato #456

Fecha: 25/05/2026 03:30 PM
Formato: Justificante médico
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: No

Historia clínica #482

Fecha: 25/05/2026 03:17 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:	HOGAR
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	OAXACA
Estado Civil:	CASADA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA ESCOLIOSIS
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	DOS MESES
¿Describe de qué manera comienza?	TODOS O LOS DIAS
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	SI PIERNAS

489 - MARÍA ROGELITA CRUZ PEREZ

Pregunta	Respuesta
¿Algo que agrave el malestar?	SENTADA
¿Algo alivia o mejora el malestar?	PARADA
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	7 - Intenso
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	MATRIZ, SENO,
¿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	