

501 - GUADALUPE VALERIO MARQUEZ

Paciente

Nombre: GUADALUPE
Apellido paterno: VALERIO
Apellido materno: MARQUEZ
Fecha de registro: 01/06/2026
Fecha de nacimiento: 26/01/1982
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6199469760
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 03/06/2026

Nota de evolución #530

Fecha: 03/06/2026 03:25 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX011 - LUMBALGIA, DX019 - ESTRES LABORAL

Detalle:

03/06/2026

- * AJUSTE GENERAL
- * TENS CC LUMBARES

03/06/2026

- * AJUSTE GENERAL
- * ELECTRO PUNCION PERIFORME DERECHO
- *TENS CC PERIFORME DERECHO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
08/06/2026 03:39 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	08/06/2026 *AJUSTE GENERAL *ELECTRO PUNCION LUMBAR Y GLÚTEO DERECHO *TENS CC PERIFORME DERECHO

CONSULTA 01/06/2026

501 - GUADALUPE VALERIO MARQUEZ

Formato #469

Fecha: 01/06/2026 01:28 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #494

Fecha: 01/06/2026 01:25 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:	USA
Ocupación:	ENFERMERA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	USA
Estado Civil:	SOLTERA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA, INSOMNIO, ANSIEDAD Y VÉRTIGO MIGRAÑAS
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	MESES Y MIGRAÑA Y ESPALDA TODA LA VIDA POR EL PECHO GRANDE
¿Describe de qué manera comienza?	ESPORADICO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	4 - Disparatado
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías	

501 - GUADALUPE VALERIO MARQUEZ

Pregunta	Respuesta
u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	PENDICE
¿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?	CUIDA ENFERMOS
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	