

510 - JESSICA CARRILLO ARIAS

Paciente

**Nombre:** JESSICA  
**Apellido paterno:** CARRILLO  
**Apellido materno:** ARIAS  
**Fecha de registro:** 06/06/2026  
**Fecha de nacimiento:** 17/01/1992  
**Sexo:** Femenino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6642952389  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 06/06/2026

Nota de evolución #536

**Fecha:** 06/06/2026 03:29 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí

Diagnósticos:

M542 - CERVICALGIA, DX014 - RECTIFICACION CERVICAL, DX011 - LUMBALGIA, DX031 - ESTRES EMOCIONAL

Detalle:

06/06/2026

\*PUNCION CERVICALES Y LUMBARES

\* AJUSTE GENERAL

\*TENS CC CERVICALES Y LUMBARES

Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                                                             |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/06/2026 03:31 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 12/06/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*ELECTRO PUNCION PUBIS<br>IZQUIERDO<br>*AJUSTE GENERAL<br>*VENTOSAS DORSALES<br>* TENS CC DORSALES |

Formato #478

**Fecha:** 06/06/2026 03:04 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #503**

**Fecha:** 06/06/2026 03:00 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:           | MAESTRA     |
| Escolaridad:         |             |
| Lugar de Nacimiento: | TIJUANA     |
| Estado Civil:        | UNIÓN LIBRE |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | ESCOLIOSIS LUMBAR, CERVICALES ,<br>RECTIFICACIÓN CERVICAL |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                                           |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 17 AÑOS                                                   |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     |                                                           |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | ESPORADICO                                                |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | EN MEDIO DE SENTADERA                                     |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | BAILAR                                                    |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                                                           |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                                           |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 9 - Molesto                                               |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                                                           |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            | CESAREA, NARIZ,                                           |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             | SI                                                        |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       | NO                                                        |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | SI, DE CARRO                                              |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                                           |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | ASISTENTE EDUCATIVA                                       |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                                           |

## Medis365 - MSRKG

### 510 - JESSICA CARRILLO ARIAS

---

| Pregunta                  | Respuesta |
|---------------------------|-----------|
| ¿Tiene algún pasatiempo?  |           |
| ¿Cuál es su peso y talla? |           |
| ¿Tiene algún vicio?       |           |
| Observaciones             |           |