

537 - ANGIE ARITZA VIAZCAN ALVAREZ

Paciente

Nombre: ANGIE ARITZA
Apellido paterno: VIAZCAN
Apellido materno: ALVAREZ
Fecha de registro: 17/06/2026
Fecha de nacimiento: 03/01/2003
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6646167275
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 17/06/2026

Nota de evolución #561

Fecha: 17/06/2026 06:47 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M436 - TORTÍCOLIS

Detalle:

17/06/2026

*PUNCION TRAPECIO Y ESCAPULA IZQUIERDA

*AJUSTE GENERAL

*TENS CC TRAPECIOS Y ESCAPULAS

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
28/07/2026 05:13 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	28/07/2026 * AJUSTE GENERAL *TENS CC CERVICALES *PLUMA ELEVEDARO DE LA ESCAPUÑA
27/07/2026 05:12 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	27/07/2026 *AJUSTE GENERAL *TENS CC CERVICALES Y TRAPECIOS * VENTOSAS TRAPECIOS Y CERVICALES
22/06/2026 05:28 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	22/06/2026 *AJUSTE GENERAL *ELECTRO PUNCION TRAPECIO IZQUIERDO

537 - ANGIE ARITZA VIAZCAN ALVAREZ

Fecha	Médico	Detalle
		*TENS CC CERVICALES Y TRAPECIOS
19/06/2026 04:20 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	19/06/2026 *AJUSTE GENERAL * VENTOSAS CERVICAL Y ESCAPULA IZQUIERDA *TENS CC CERVICALES Y ESCAPULA

Formato #506

Fecha: 17/06/2026 06:25 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #530

Fecha: 17/06/2026 06:24 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:	ESTUDIANTE
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	SOLTERA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE CUELLO
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	HOY
¿Describe de qué manera comienza?	

537 - ANGIE ARITZA VIAZCAN ALVAREZ

Pregunta	Respuesta
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿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?	QUISTE DE ESPALDA
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	ESTUDIANTE
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	