
Paciente

Nombre:	ALICIA
Apellido paterno:	PIÑA
Apellido materno:	INFANTE
Fecha de registro:	27/06/2026
Fecha de nacimiento:	10/03/1956
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6647794277
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 27/06/2026

Nota de evolución #588

Fecha:	27/06/2026 01:25 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	M542 - CERVICALGIA, DX011 - LUMBALGIA
Detalle:	
27/06/2026	
* AJUSTE GENERAL	
*TENS CC TODA LA ESPALDA	

Formato #532

Fecha:	27/06/2026 01:08 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Historia clínica #556

Fecha:	27/06/2026 01:04 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:	TANAULIPAS
Estado Civil:	SOLTERA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	HOMBRO DERECHO E IZQUIERDO, DOLOR DE CABEZA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	15 DÍAS DOLOR DE CABEZA
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	NO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	NO
¿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?	NO
¿Ha estado hospitalizado?	NO
¿Ha sufrido de alguna fractura?	MANO DERECHA
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI
¿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	