

Paciente

Nombre: VIOLETA
Apellido paterno: NAVA
Apellido materno: BRAVO
Fecha de registro: 02/07/2026
Fecha de nacimiento: 31/08/1966
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6647523567
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 02/07/2026**Nota de evolución #593**

Fecha: 02/07/2026 01:55 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX031 - ESTRES EMOCIONAL, M542 - CERVICALGIA
Detalle:
02/07/2026
* ALINEACION ALPHABIOTICA
* AJUSTE CERVICAL
* TENS DRENAJE CERVICALES

Historia clínica #561

Fecha: 02/07/2026 01:33 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	
Domicilio:	
Entidad:	

Pregunta	Respuesta
Ocupación:	
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	CUELLO, ESPALDA ALTA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	OJOS
¿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?	NO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	

Formato #539

Fecha: 02/07/2026 01:22 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí