

574 - MARTHA GRISELDA AVALOS BENITEZ

Paciente

**Nombre:** MARTHA GRISELDA  
**Apellido paterno:** AVALOS  
**Apellido materno:** BENITEZ  
**Fecha de registro:** 06/07/2026  
**Fecha de nacimiento:** 21/02/1983  
**Sexo:** Femenino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6646736356  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 06/07/2026

Nota de evolución #599

**Fecha:** 06/07/2026 03:22 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX007 - DELTOIDES

**Detalle:**

DELTOIDES Y TRAPECIO DERECHO

06/07/2026

\*ELECTRO PUNCION TRAPECIO Y DELTOIDE DERECHO

\*AJUSTE GENERAL

\*TENS CC TRAPECIO Y DELTOIDES DERECHO

Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                                              |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/07/2026 02:44 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 21/07/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*ACOPUNTURA FASCITIS<br>PLANTAR IZQUIERDA<br>* DRENAJE LINFÁTICO TOBILLO<br>DERECHO |
| 14/07/2026 02:55 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 14/07/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*PLUMA TRAPECIO DERECHO<br>*TENS CC TRAPECIOS Y FLEXOR<br>DERECHO                   |

**Formato #545**

**Fecha:** 06/07/2026 02:52 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #567**

**Fecha:** 06/07/2026 02:51 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: | TIJUANA   |
| Estado Civil:        | CASADA    |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE HOMBRO DERECHO, INGLE Y LUMBAR DERECHA |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                                 |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            |                                                 |
| ¿Describe 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? |                                                 |

574 - MARTHA GRISELDA AVALOS BENITEZ

| Pregunta                               | Respuesta |
|----------------------------------------|-----------|
| ¿Ha tenido alguna cirugía?             |           |
| ¿Ha estado hospitalizado?              |           |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?        |           |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?        |           |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez? |           |
| ¿Cuál es su actividad laboral?         |           |
| ¿Practica algún deporte?               |           |
| ¿Tiene algún pasatiempo?               |           |
| ¿Cuál es su peso y talla?              |           |
| ¿Tiene algún vicio?                    |           |
| Observaciones                          |           |