

624 - FERNANDA MONTES RODRIGUEZ

Paciente

Nombre: FERNANDA
Apellido paterno: MONTES
Apellido materno: RODRIGUEZ
Fecha de registro: 11/08/2026
Fecha de nacimiento: 06/05/1994
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6647945269
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 11/08/2026

Nota de evolución #648

Fecha: 11/08/2026 04:01 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA, M531 - SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL

Detalle:

11/08/2026

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC CERVICALES, DELTOIDES Y FLEXORES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
20/08/2026 02:12 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	20/08/2026 *AJUSTE GENERAL *VENTOSAS ESCAPULA Y DORSALES *TENS CC TODA LA ESPALDA
14/08/2026 03:55 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	14/08/2026 *AJUSTE GENERAL *VENTOSAS TRAPECIO Y ESCAPULA DERECHA Y LUMBARES *TENS CC TODA LA EPALDA

Formato #593

Fecha: 11/08/2026 03:47 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #616

Fecha: 11/08/2026 03:39 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:	LIC. EN EDUCACION
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	SOLTERA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	RECTIFICACIÓN CEVICAL, DOLOR DE HOMBRO DERECHO Y DELTOIDES Y FLEXORES
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	1 AÑO
¿Describe de qué manera comienza?	DESDE LA MAÑANA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	MANOS Y DEDOS
¿Algo que agrave el malestar?	EL RECARGAR AL LADO DONDE DUELE
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	2 - Incomodo
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	

Pregunta	Respuesta
¿Ha tenido alguna cirugía?	NARIZ
¿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?	MAESTRA
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	