

94 - ANTONIO GUILLEN JUAREZ

Paciente

Nombre:	ANTONIO
Apellido paterno:	GUILLEN
Apellido materno:	JUAREZ
Fecha de registro:	23/10/2025
Fecha de nacimiento:	16/05/1978
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6635583598
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 23/10/2025

Formato #91

Fecha:	23/10/2025 07:26 PM
Formato:	Justificante médico
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	No

Formato #90

Fecha:	23/10/2025 07:26 PM
Formato:	Consentimiento informado
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	No

Nota de evolución #137

Fecha:	23/10/2025 07:23 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	M542 - CERVICALGIA
Detalle:	

23/10/2025

- * AJUSTE GENERAL
- * TENS CC CERVICALES

Formato #89

Fecha: 23/10/2025 07:12 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #91

Fecha: 23/10/2025 07:10 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	HOMBRE
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	CHOFER
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	MOCHIS
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE CUELLO
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	UNA SEMANA
¿Describe de qué manera comienza?	AL TENER MOVIMIENTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	
¿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?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	NO

94 - ANTONIO GUILLEN JUAREZ

Pregunta	Respuesta
¿Ha estado hospitalizado?	NO
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	MANEJAR
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	