

---

**Paciente**

**Nombre:** JOSCELYN  
**Apellido paterno:** SANDOVAL  
**Fecha de registro:** 07/11/2025  
**Fecha de nacimiento:** 02/09/2000  
**Sexo:** Femenino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6221555527  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

**CONSULTA 07/11/2025****Nota de evolución #158**

**Fecha:** 07/11/2025 07:18 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX008 - Rodillas rotulas  
**Detalle:**  
DOLOR DE RODILLAS POR EJERCICIO  
07/11/2025  
\* AJUSTE GENERAL  
\* TENS RODILLAS

**Listado de notas adicionales**

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                     |
|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 17/11/2025 02:57 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 17*11*2025<br>* AJUSTE GENERAL<br>* ULTRASONIDO RODILLAS<br>* TENS RODILLAS |
| 10/11/2025 05:38 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 10/11/2025<br>* AJUSTE GENERAL<br>* ULTRASONIDO RODILLAS<br>* TENS RODILLAS |

**Formato #112**

**Fecha:** 07/11/2025 07:03 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #113**

**Fecha:** 07/11/2025 07:00 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:             |             |
| Ocupación:           | AMA DE CASA |
| Escolaridad:         |             |
| Lugar de Nacimiento: | CHIHUAHUA   |
| Estado Civil:        | SOLTERA     |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE RODILLAS |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                   |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | DOS SEMANAS       |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | DESDE LA MAÑANA   |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS    |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             |                   |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | FLEXIONAR         |
| ¿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                |
| ¿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?                                                                                        | AMA DE CASA       |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                   |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                   |

## Medis365 - MSRKG

### 115 - JOSCELYN SANDOVAL

---

| Pregunta                  | Respuesta |
|---------------------------|-----------|
| ¿Cuál es su peso y talla? |           |
| ¿Tiene algún vicio?       |           |
| Observaciones             |           |