
Paciente

Nombre:	CRUZ
Apellido paterno:	SANTANA
Fecha de registro:	17/11/2025
Fecha de nacimiento:	03/05/1975
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	5549522329
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 17/11/2025

Formato #131

Fecha:	17/11/2025 05:50 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Nota de evolución #176

Fecha:	17/11/2025 05:49 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	DX019 - ESTRES LABORAL
Detalle:	

31* 05* 2025

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC CERVICALES

17*11*2025

* ULTRASONIDO RODILLA IZQ

* TENS RODILLA IZQ.

Historia clínica #131

Fecha:	17/11/2025 05:44 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:	CONSTRUCCION
Escolaridad:	PREPARATORIA
Lugar de Nacimiento:	JALISCO
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	ALINEACION
¿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?	
¿Ha estado hospitalizado?	
¿Ha sufrido de alguna fractura?	
¿Ha sufrido de algún accidente?	
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	CONSTRUCCION
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	