

315 - LILIANA ORTEGA MENDOZA

Paciente

**Nombre:** LILIANA  
**Apellido paterno:** ORTEGA  
**Apellido materno:** MENDOZA  
**Fecha de registro:** 02/03/2026  
**Fecha de nacimiento:** 29/05/1971  
**Sexo:** Femenino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6642461401  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 02/03/2026

Nota de evolución #347

**Fecha:** 02/03/2026 04:00 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX011 - LUMBALGIA, DX017 - DESFASE PIERNAS  
**Detalle:**  
 02/03/2026  
 \*PUNCION LUMBARES  
 \*AJUSTE GENERAL  
 \*TENS CC LUMBARES

Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 10/03/2026 03:14 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 10/03/2026<br>* AJUSTE GENERAL<br>*TENS CC LUMBARES                                    |
| 06/03/2026 12:49 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 06/03/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*VENTOSAS LUMBARES<br>* TENS CC CERVICALES Y LUMBARES |

Formato #309

**Fecha:** 02/03/2026 03:44 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #309**

**Fecha:** 02/03/2026 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:           | NEGOCIO PROPIO |
| Escolaridad:         |                |
| Lugar de Nacimiento: | ZACATECAS      |
| Estado Civil:        | CASADA         |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE ESPALDA BAJA |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                       |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | UN AÑO Y MEDIO        |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | DESDE LA MAÑANA       |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | CASI TODOS LOS DIAS   |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                    |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         |                       |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                       |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                       |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 7 - Intenso           |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                       |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            | CESAREA               |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             | SI                    |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       | DEDO GORDO PIE        |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | SI                    |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                       |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | SENTADA               |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                       |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                       |

## Medis365 - MSRKG

### 315 - LILIANA ORTEGA MENDOZA

---

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