

## 408 - JESUS PICENO VACA

## Paciente

**Nombre:** JESUS  
**Apellido paterno:** PICENO  
**Apellido materno:** VACA  
**Fecha de registro:** 22/04/2026  
**Fecha de nacimiento:** 22/06/2004  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 3521369452  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

## CONSULTA 22/04/2026

## Nota de evolución #437

**Fecha:** 22/04/2026 07:22 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX011 - LUMBALGIA, DX017 - DESFASE PIERNAS  
**Detalle:**  
22/04/2026  
\* AJUSTE GENERAL  
\* TENS CC LUMBARES

## Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                                |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30/04/2026 05:34 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 30/04/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*TENS CC CERVICAL Y<br>DELTOIDES DERECHO<br>*AJUSTE DE HOMBRO DERECHO |
| 27/04/2026 05:52 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 27/04/2026<br>* AJUSTE GENERAL<br>* VENTOSAS LUMBARES<br>* TENS CC LUMBARES                            |

## Formato #395

**Fecha:** 22/04/2026 07:08 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #402**

**Fecha:** 22/04/2026 07:03 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:             | BC        |
| Ocupación:           | EMPLEADO  |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | MICHOACAN |
| Estado Civil:        | SOLTERO   |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | CADERA, RODILLA, PLANTA DEL PIE DERECHO |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                         |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 1 AÑO                                   |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | CUANDO EMPIEZO A CAMINAR                |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                          |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                                      |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | ESTAR MUCHO TIEMPO PARADO               |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | SENTADO Y ESTIRAR                       |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                         |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 5 - Quemante                            |
| ¿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?                                                                                       | CLAVÍCULA IZQUIERDO                     |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | SI.                                     |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                         |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        |                                         |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                         |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                         |

## Medis365 - MSRKG

### 408 - JESUS PICENO VACA

---

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