

473 - LEONARDO SANTIAGO GOMEZ

Paciente

Nombre: LEONARDO
Apellido paterno: SANTIAGO
Apellido materno: GOMEZ
Fecha de registro: 15/05/2026
Fecha de nacimiento: 03/08/2002
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 9518703737
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 15/05/2026

Nota de evolución #500

Fecha: 15/05/2026 03:24 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos:
 G560 - SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, DX011 - LUMBALGIA, DX019 - ESTRES LABORAL

Detalle:

15/05/2026
 *AJUSTE GENERAL
 *AJUSTE DE MU;ECAS
 *TENS CC TÚNEL CARPIADO Y FLEXORES Y EXTENSORES DERECHOS

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
14/07/2026 02:40 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	14/07/2026 *AJUSTE GENRAL *VENTOSAS LUMBARES *TENS CC LUMBARES
30/05/2026 12:56 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	30/05/2026 *AJUSTE GENERAL *VENTOSAS LUMBARES *TENS CC LUMBARES
22/05/2026 02:23 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	22/05/2026 *AJUSTE GENRAL * VENTOSAS LUMBARES *TENS CC TODA LA ESPALDA

Formato #440

Fecha: 15/05/2026 03:12 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #466

Fecha: 15/05/2026 03:10 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:	OAXACA
Ocupación:	EMPLEADO
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	OAXACA
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DEDOS PULGARES
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	UN MES
¿Describa de qué manera comienza?	TRANSCURSO DEL DIA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	AL TRABAJAR
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	9 - Molesto
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	NO

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?	ENSAMBLANDO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	