

Paciente

**Nombre:** LAURA  
**Apellido paterno:** CASTRO  
**Apellido materno:** ARELLANO  
**Fecha de registro:** 06/07/2026  
**Fecha de nacimiento:** 27/01/1963  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6642172199  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 06/07/2026

Nota de evolución #600

**Fecha:** 06/07/2026 06:53 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX027 - FASCITIS PLANTAR, G575 - SÍNDROME DEL TÚNEL CALCÁNEO  
**Detalle:**  
 06/07/2026  
 \* AJUSTE GENERAL  
 \*ELECTRO PUNCION FLEXORES Y EXTENSORES  
 \*ACOPUNTURA FASCITIS PIE IZQUIERDO  
 \* TENS FLEXORES Y FASCITIS

Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                                                                                                |
|---------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/07/2026 02:00 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 13/07/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*TENS CC CERVICALES Y FASCITIS IZQUIERDO                                                                                              |
| 09/07/2026 06:44 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 09/07/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*ELECTRO PUNCION FLEXOR Y EXTENSOR DERECHO<br>* ACOPUNTURA TALÓN IZQUIERDO<br>*TENS DRENAJE FLEX Y EXTENSOR DERECHO Y TALON IZQUIERDO |

**Formato #546**

**Fecha:** 06/07/2026 06:13 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #568**

**Fecha:** 06/07/2026 06:10 PM  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Firmado:** No

**Expediente**

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| No.      |           |

**DATOS DEL PACIENTE**

| Pregunta             | Respuesta |
|----------------------|-----------|
| Sexo:                | MUJER     |
| Domicilio:           |           |
| Entidad:             | BC        |
| Ocupación:           | EMPLEADA  |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | TIJUANA   |
| Estado Civil:        | SOLTERA   |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | PLANTA DEL PIE IZQUIERDO Y DEDO PULGAR DERECHO |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                                |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | PIE: 6 MESES Y EL DEDO: 4 MESES                |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | DESDE QUE ME LEVANTO                           |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                                 |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | PIERNA DERECHA                                 |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | CAMINAR                                        |
| ¿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? |                                                |

## Medis365 - MSRKG

575 - LAURA CASTRO ARELLANO

---

| Pregunta                               | Respuesta                   |
|----------------------------------------|-----------------------------|
| ¿Ha tenido alguna cirugía?             | VESICULA, MATRIZ Y ESTETICA |
| ¿Ha estado hospitalizado?              | SI                          |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?        | NO                          |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?        | SI                          |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez? |                             |
| ¿Cuál es su actividad laboral?         | PARADA                      |
| ¿Practica algún deporte?               |                             |
| ¿Tiene algún pasatiempo?               |                             |
| ¿Cuál es su peso y talla?              |                             |
| ¿Tiene algún vicio?                    |                             |
| Observaciones                          |                             |