

Paciente

Nombre: Jose luis
Apellido paterno: Villanueva
Apellido materno: Mendoza
Fecha de registro: 06/10/2025
Fecha de nacimiento: 30/04/1970
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6643039019
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 09/10/2025

Nota de evolución #117

Fecha: 09/10/2025 03:35 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Detalle:
 09/10/2025
 * AJUSTE GENERAL
 * ELECTRO PUNCION BRAZO IZQUIERDO
 * AJUSTE GENERAL
 * VENTOSAS
 * TENS CC LUMBARES Y PERIFORME

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
13/10/2025 03:36 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	13/10/2025 * Ajuste general * electropuncion trapecios, cervicales y escapula * masaje descontracturante toda la espalda

CONSULTA 06/10/2025

Nota de evolución #107

Fecha: 06/10/2025 02:57 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos:

Medis365 - MSRKG

69 - Jose luis Villanueva Mendoza

DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo, DX011 - LUMBALGIA, DX017 - DESFASE PIERNAS, M542 - CERVICALGIA, DX019 - ESTRÉS LABORAL

Detalle:

06/10/2025

- * Punción periforme izquierdo
- * Ajuste general
- * tens cc lumbares
- * Masaje descontracturante

Formato #66

Fecha: 06/10/2025 02:30 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: No

Formato #65

Fecha: 06/10/2025 02:30 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #66

Fecha: 06/10/2025 02:24 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	Masculino
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	Comerciante
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Cdmx
Estado Civil:	Casado

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Ciatica derecha, hombros limitacion, y cervicales
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	Un año aproximadamente
¿Describa de qué manera comienza?	En el transcurso del dia
¿Con qué frecuencia lo padece?	Todos loa dias
¿Presenta entumecimiento?	En ocasiones
¿Algo que agrave el malestar?	Estar mucho en movimiento
¿Algo alivia o mejora el malestar?	Estiramientos
¿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
¿Ha estado hospitalizado?	No
¿Ha sufrido de alguna fractura?	No
¿Ha sufrido de algún accidente?	
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	Estar parado y cargar hielera pesada
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	