

---

**Paciente**

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre:</b>              | Huo                            |
| <b>Apellido paterno:</b>    | Ming                           |
| <b>Apellido materno:</b>    | Zheng                          |
| <b>Fecha de registro:</b>   | 06/09/2025                     |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | 06/09/1988                     |
| <b>Sexo:</b>                | Masculino                      |
| <b>Tipo documento:</b>      | CURP                           |
| <b>País:</b>                | MÉXICO                         |
| <b>Estado:</b>              | BAJA CALIFORNIA                |
| <b>Municipio:</b>           | TIJUANA                        |
| <b>Colonia:</b>             | Huo                            |
| <b>Telefonos:</b>           | 6645063728                     |
| <b>Titular:</b>             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

**CONSULTA 20/09/2025**

**Nota de evolución #63**

---

|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| <b>Fecha:</b>       | 20/09/2025 11:15 AM            |
| <b>Médico:</b>      | Arturo Fabián Medina Santacruz |
| <b>Cerrada:</b>     | Sí                             |
| <b>Detalle:</b>     |                                |
| 20/0972025          |                                |
| * Ajuste general    |                                |
| * Ventosas lumbares |                                |
| * Tens CC lumbares  |                                |

**CONSULTA 06/09/2025**

**Formato #5**

---

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| <b>Fecha:</b>    | 06/09/2025 11:01 AM                    |
| <b>Formato:</b>  | CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO |
| <b>Medico:</b>   | Arturo Fabián Medina Santacruz         |
| <b>Sucursal:</b> | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| <b>Activo:</b>   | Sí                                     |

**Nota de evolución #3**

---

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| <b>Fecha:</b>        | 06/09/2025 10:40 AM                |
| <b>Médico:</b>       | Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| <b>Cerrada:</b>      | Sí                                 |
| <b>Diagnósticos:</b> | DX002 - Síndrome piramidal derecho |
| <b>Detalle:</b>      |                                    |

## Medis365 - MSRKG

### 7 - Huo Ming Zheng

03/09/2025

- \* puncion lumbar derecho
- \* ajuste general
- \* tens CC lumbares
- \* masaje pierna derecha

06/09/2025

- \* Ajuste general
- \* ventosas muslo posterior derecho
- \* electro puncion gemelo derecho
- \* tens lumbares y gluteo derecho
- \* tens muslo posterior y gemelo derecho

#### Formato #4

**Fecha:** 06/09/2025 10:37 AM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

#### Historia clínica #3

**Fecha:** 06/09/2025 10:35 AM  
**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:             |           |
| Ocupación:           | Cocinero  |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | China     |
| Estado Civil:        |           |

#### INFORMACIÓN GENERAL

## Medis365 - MSRKG

### 7 - Huo Ming Zheng

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | Dolor pierna derecha            |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                 |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 3 dias                          |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     | Todo el dia                     |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | Todos los dias                  |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             |                                 |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | Estar parado                    |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                                 |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                 |
| Valoración del Dolor                                                                                                  |                                 |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                                 |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            |                                 |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             |                                 |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       |                                 |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       |                                 |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                 |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | Cocinar y estar parado          |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                 |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                 |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                                 |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                                 |
| Observaciones                                                                                                         | Síndrome piramidal lado derecho |