
Paciente

Nombre:	Arleen
Apellido paterno:	Sandoval
Fecha de registro:	27/10/2025
Fecha de nacimiento:	09/05/1995
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6631065203
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 27/10/2025

Nota de evolución #140

Fecha:	27/10/2025 03:55 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	
	DX017 - DESFASE PIERNAS, DX011 - LUMBALGIA, DX008 - Rodillas rotulas

Detalle:

29/01/2025

- * AJUSTE GENERAL
- * TENS CC LUMBARES

31/01/2025

- * AJUSTE GENERAL
- * TENS CC LUMBARES
- * ULTRASONIDO RODILLA DERECHA

07/02/2025

- * AJUSTE GENERAL
- * VENTOSAS LUMBARES
- * TENS CC LUMBARES

23/03/2025

- * AJSUTE GENERAL
- * TENS CC LUMBARES

26/04/2025

- * AJUSTE GENERAL

Medis365 - MSRKG

98 - Arleen Sandoval

27/10/2025

* AJSUTE GENERAL

* AJUSTE DE RODILLA

* TENS RODILLAS

Formato #96

Fecha: 27/10/2025 03:41 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Formato #95

Fecha: 27/10/2025 03:41 PM
Formato: Formato general
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #95

Fecha: 27/10/2025 03:22 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:	Hacienda del prado
Entidad:	
Ocupación:	Escuela y hogar
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Tijuana
Estado Civil:	Conyuge

INFORMACIÓN GENERAL

Medis365 - MSRKG

98 - Arleen Sandoval

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Molestia Rodilla izquierda
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	Hace 8 meses aproximadamente
¿Describa de qué manera comienza?	Al hacer ejercicio (pesas)
¿Con qué frecuencia lo padece?	Seguido
¿Presenta entumecimiento?	Seguido
¿Algo que agrave el malestar?	No
¿Algo alivia o mejora el malestar?	No
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	2 - Incomodo
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	Cesarea
¿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?	Casa y escuela
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	