

175 - JOSÉ ALBERTO CARRAZCO BERMUDEZ

Paciente

Nombre: JOSÉ ALBERTO
Apellido paterno: CARRAZCO
Apellido materno: BERMUDEZ
Fecha de registro: 05/12/2025
Fecha de nacimiento: 15/09/1986
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6641642153
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 05/12/2025

Nota de evolución #214

Fecha: 05/12/2025 03:06 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M542 - CERVICALGIA, DX011 - LUMBALGIA
Detalle:
05/12/2025
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC TODA LA ESPALDA

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
02/06/2026 07:32 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	02/06/2026 *AJUSTE GENERAL *ELECTRO PUNCION PERIFORME Y CIATICA IZQUIERDA * ACOPUNTURA FASCITIS IZQUIERDA *TENS CC PERIFORME Y CIATICA IZQUIERDA
28/05/2026 07:17 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	28/05/2026 * AJUSTE GENERAL * VENTOSAS LUMBARES Y GLUTEO * TENS CC PERIFORME IZQUIERDO
22/05/2026 12:58 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	22/05/2026 *PUNCION LUMBARES * AJUSTE GENERAL

175 - JOSÉ ALBERTO CARRAZCO BERMUDEZ

Fecha	Médico	Detalle
		* TENS CC LUMBARES

Historia clínica #172

Fecha: 05/12/2025 03:05 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	
¿Describe de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿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?	

175 - JOSÉ ALBERTO CARRAZCO BERMUDEZ

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

Formato #172

Fecha: 05/12/2025 02:54 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #171

Fecha: 05/12/2025 02:50 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:	
Ocupación:	COMERCIANTE
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	ALINEACION
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	
¿Describe de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	

175 - JOSÉ ALBERTO CARRAZCO BERMUDEZ

Pregunta	Respuesta
¿Algo que agrave el malestar?	
¿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?	RODILLA DERECHA Y PERONÉ Y NERVIOS TOBILLO IZQ. CODO DERECHO Y CLAVÍCULA DERECHA
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	SI
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	SENTADO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	

Historia clínica #170

Fecha: 05/12/2025 02:47 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

175 - JOSÉ ALBERTO CARRAZCO BERMUDEZ

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿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?	
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	