
Paciente

Nombre: OSCAR
Apellido paterno: RUIZ
Apellido materno: CHAIDREZ
Fecha de registro: 02/01/2026
Fecha de nacimiento: 11/11/1985
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6198083688
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 09/01/2026**Nota de evolución #263**

Fecha: 09/01/2026 06:29 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX011 - LUMBALGIA

Detalle:

02/01/2026
HERNIAS L4,L5
* PUNCION LUMBARES
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC LUMBARES

09/01/2026
* AJUSTE GENERAL
* PLUMA TRAPECIO DERECHO
* TENS CC LUMBARES Y TRAPECIO DERECHO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
18/08/2026 03:27 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	06/08/2026 *AJUSTE GENERAL * VENTOSAS LUMBARES *TENS CC LUMBARES
13/08/2026 04:27 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	13/08/2026 *AJUSTE GENERAL *PLUMA ELEVADOR DE LA ESCAPULA *TENS CC TRAPECIO Y

Fecha	Médico	Detalle
		CERVICALES
03/08/2026 04:32 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	03/08/2026 * PUNCION LUMBARES * AJUSTE GENERAL * TENS CC LUMBARES
17/01/2026 10:23 AM	Arturo Fabián Medina Santacruz	17/01/2026 *PUNCION LUMBARES *AJUSTE GENERAL *TENS CC LUMBARES

CONSULTA 02/01/2026**Formato #200**

Fecha: 02/01/2026 03:47 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #202

Fecha: 02/01/2026 03:43 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:	BC
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA, HERNIA L4, L5
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	20 AÑOS (CRONICO)
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	PLANTA DERECHA
¿Algo que agrave el malestar?	CARGAR ALGO PESADO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ESTIRAMIENTO
¿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?	MANGA
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	CAMINANDO Y PARADO. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	