
Paciente

Nombre:	OMAR
Apellido paterno:	REYES
Fecha de registro:	03/01/2026
Fecha de nacimiento:	17/07/1983
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6193159370
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 03/01/2026

Formato #208

Fecha:	03/01/2026 01:58 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Nota de evolución #251

Fecha:	03/01/2026 01:57 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	DX022 - ESCOLIOSIS LUMBAR, DX001 - Lumbalgia izquierda
Detalle:	

30/08/2024

* AJUSTE GENERAL

* TENS TRAPECIO Y ESCAPULA IZQ

02/09/2024

* AJUSTE GENERAL

* TENS ESCAPULA Y LUMBALGIA IZQ

09/11/2024

* AJUSTE GENERAL

* PUNCION SECA LUMBALGIA

* TENS CC LUMBARES

13/11/2024

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC DORSAL Y ESCAPULAS
* VENTOSAS

28/12/2024

* AJUSTE GENERAL
* ELECTRO PUNCION Y ESCAPULA Y DORSAL IZQ
* TENS CC DORSAL Y ESCAPULA

01/02/2025

* AJUSTE GENERAL
* AJUSTE DE HOMBRO IZQ
* TENS CC TRAPPECIO Y ESCAPULA

03/01/2026

* AJUSTE GENERAL
* TENS CC LUMBARES

Historia clínica #210

Fecha: 03/01/2026 01:49 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:	5555 LAGUNAS TERMALES
Entidad:	
Ocupación:	REPRESENTANTE DE VENTAS
Escolaridad:	PREPARATORIA
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	COLUMNA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	ENERO 2024
¿Describe de qué manera comienza?	DOLOR EN MEDIO

Medis365 - MSRKG

213 - OMAR REYES

Pregunta	Respuesta
¿Con qué frecuencia lo padece?	DIARIO
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	SENTADO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	MOVIMIENTOS
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	5 - Quemante
¿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?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	VENTAS
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	