

275 - CARLOS ALBERTO RAMOS TOVAR

Paciente

Nombre: CARLOS ALBERTO
Apellido paterno: RAMOS
Apellido materno: TOVAR
Fecha de registro: 04/02/2026
Fecha de nacimiento: 17/09/1962
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6631278805
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 04/02/2026

Nota de evolución #312

Fecha: 04/02/2026 04:52 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX003 - Lumbalgia cronica

Detalle:

04/02/2026

*AJUSTE GENERAL

* TENS CC LUMBARES

* TENS PIERNAS CANSADAS EN PLANTAS DEL PIE

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
09/02/2026 02:48 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	09/02/2026 *AJUSTE GENERAL * TENS CC DORSALES Y LUMBARES
06/02/2026 04:26 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	06/02/2026 *AJUSTE GENERAL * VENTOSAS CERVICALES Y LUMBARES * TENS CC CERVICALES Y LUMBARES

275 - CARLOS ALBERTO RAMOS TOVAR

Formato #272

Fecha: 04/02/2026 04:35 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Formato #271

Fecha: 04/02/2026 04:34 PM
Formato: Formato general
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: No

Historia clínica #272

Fecha: 04/02/2026 04:28 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:	BC
Ocupación:	JUBILADO
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	CIUDAD DE MEXICO
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA Y PIES DORMIDOS
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	DOS SEMANAS
¿Describe de qué manera comienza?	ESPORADICO
¿Con qué frecuencia lo padece?	DIARIO
¿Presenta entumecimiento?	PIES

275 - CARLOS ALBERTO RAMOS TOVAR

Pregunta	Respuesta
¿Algo que agrave el malestar?	SENTADO
¿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?	NO
¿Ha estado hospitalizado?	NO
¿Ha sufrido de alguna fractura?	SI LA MUÑECA IZQUIERDA
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	JUBILADO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	