
Paciente

Nombre:	EDGAR
Apellido paterno:	GOMEZ
Apellido materno:	URZUA
Fecha de registro:	11/02/2026
Fecha de nacimiento:	24/01/1992
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6646753501
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 11/02/2026

Formato #283

Fecha:	11/02/2026 07:17 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Nota de evolución #321

Fecha:	11/02/2026 07:13 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo

Detalle:

25/10/2023

*PUNCION PERIFORME IZQUIERDO

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC PERIFORME IZQUIERDO

27/10/2023

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC PERIFORME IZQUIERDO

31/10/2023

* AJUSTE GENERAL

* ELECTRO PUNCION PERIFORME IZQUIERDO

14/11/ 2023

* AJUSTE GENERAL

12/ 12 / 2023

*AJUSTE GENERAL

* ACOPUNTURA TALON

* TENS TOBILLO Y CALCANEO

30/05/2024

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC LUMBARES

20/08/2024

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC LUMBARES

11/02/2026

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC TODA LA ESPALDA

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
02/06/2026 07:58 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	02/06/2026 *AJUSTE GENERAL * VENTOSAS LUMBARES * TENS CC LUMBARES

Historia clínica #283

Fecha: 11/02/2026 07:02 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:	EMPLEADO
Escolaridad:	UNIVERSIDAD
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA

Pregunta	Respuesta
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	JULIO 2023
¿Describa de qué manera comienza?	DESPUÉS DE ACTIVIDAD FISICA
¿Con qué frecuencia lo padece?	DIARIO
¿Presenta entumecimiento?	SI
¿Algo que agrave el malestar?	CAMINAR / ESTAR PARADO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ESTIRAMIENTOS
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	7 - Intenso
¿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?	
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	