

345 - DAVID ENRIQUE LUNA HURTADO

Paciente

**Nombre:** DAVID ENRIQUE  
**Apellido paterno:** LUNA  
**Apellido materno:** HURTADO  
**Fecha de registro:** 18/03/2026  
**Fecha de nacimiento:** 11/03/1991  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6648004019  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 18/03/2026

Nota de evolución #377

**Fecha:** 18/03/2026 06:59 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX003 - Lumbalgia cronica

**Detalle:**  
200 KG DE PESO  
1.92 CM DE ESTATURA

18/03/2026  
\* PUNCION LUMBARES  
\* AJUSTE GENERAL  
\* TENS CC LUMBARES

Formato #335

**Fecha:** 18/03/2026 06:46 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

Historia clínica #339

**Fecha:** 18/03/2026 06:40 PM  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Firmado:** No

345 - DAVID ENRIQUE LUNA HURTADO

Expediente

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| No.      |           |

DATOS DEL PACIENTE

| Pregunta             | Respuesta          |
|----------------------|--------------------|
| Sexo:                | HOMBRE             |
| Domicilio:           |                    |
| Entidad:             | BC                 |
| Ocupación:           | COMERCIANTE Y UBER |
| Escolaridad:         |                    |
| Lugar de Nacimiento: | TIJUANA            |
| Estado Civil:        | SOLTERO            |

INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | ESPALDA BAJA, ESTRES,                   |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                         |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 6 MESES                                 |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | DESDE QUE ME LEVANTO                    |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                          |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                                      |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | AL AGACHARME                            |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | ACOSTARME EN EL PISO Y ESTIRARME        |
| ¿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?                                                                                            | BRAZO POR FRACTURA                      |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             | SI                                      |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       | FRACTURA BRAZO IZQUIERDO                |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | CORRIENDO Y CAÍ EN UNA PIEDRA           |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                         |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | SENTADO Y FINES DE SEMANDA SOBRERUEDAS. |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                         |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                         |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                                         |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                                         |
| Observaciones                                                                                                         |                                         |