

## 430 - ROBERTO GONZÁLEZ CHAVEZ

## Paciente

**Nombre:** ROBERTO  
**Apellido paterno:** GONZÁLEZ  
**Apellido materno:** CHAVEZ  
**Fecha de registro:** 29/04/2026  
**Fecha de nacimiento:** 15/08/1955  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6642297756  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

## CONSULTA 29/04/2026

## Nota de evolución #460

**Fecha:** 29/04/2026 04:25 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX011 - LUMBALGIA, M542 - CERVICALGIA  
**Detalle:**  
29/04/2026  
\* AJUSTE GENERAL  
\* TENS CC LUMBARES

## Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                                                                                        |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08/05/2026 04:10 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 08/05/2026<br>* AJUSTE GENERAL<br>* VENTOSAS PERIFORME IZQUIERDO<br>* ELECTRO PUNCION PERIFORME Y CIATICA IZQUIERDA<br>* TENS CC PERIFORME Y CIATICA IZQUIERDA |
| 05/05/2026 03:48 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 05 /05/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>* ELECTRO PUNCION PERIFORME IIZQUIERDO                                                                                       |

## Formato #406

**Fecha:** 29/04/2026 04:09 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

## Historia clínica #424

**Fecha:** 29/04/2026 04:06 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: | GUADALAJARA |
| Estado Civil:        | SOLTERO     |

## INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE GLUTEO Y PIERNA IZQUIERDA Y CUELLO RIGIDO |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                                    |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | DOS SEMANAS                                        |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | AL LEVANTARME                                      |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                                     |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | SI, AL SUBIR ESCALERAS                             |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | SUBIR ESCALERAS                                    |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                                                    |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                                    |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 7 - Intenso                                        |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                                                    |

430 - ROBERTO GONZÁLEZ CHAVEZ

---

| Pregunta                               | Respuesta       |
|----------------------------------------|-----------------|
| ¿Ha tenido alguna cirugía?             | NO              |
| ¿Ha estado hospitalizado?              | NO              |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?        | BRAZO IZQUIERDO |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?        | SI              |
| ¿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                          |                 |