

502 - ADRIÁN COSME ESPINOZA

Paciente

Nombre: ADRIÁN
Apellido paterno: COSME
Apellido materno: ESPINOZA
Fecha de registro: 01/06/2026
Fecha de nacimiento: 15/02/1972
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6198598001
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 01/06/2026

Orden de estudios de gabinete #8

Fecha: 01/06/2026 06:42 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Observaciones: IR CON ROPA COMODA

Listado de orden de estudios de gabinete

Estudio	Indicaciones	Grupo
AP Y LATERAL COLUMNA COMPLETA		RADIOGRAFÍA

Nota de evolución #526

Fecha: 01/06/2026 06:07 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX003 - Lumbalgia cronica

Detalle:

01/06/2026

* PUNCION LUMBARES

* AJUSTE GENERAL

* TENS CC LUMBARES

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
06/07/2026 04:55 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	06/07/2026 *ELECTRO PUNCION LUMBAR DEREECHO *AJUSTE GENERAL

Medis365 - MSRKG

502 - ADRIÁN COSME ESPINOZA

Fecha	Médico	Detalle
		*TENS CC LUMBARES *PLUMA ELEVADOR DE LA ESCAPULADERECHA
12/06/2026 07:23 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	12/06/2026 *AJUSTE GENERAL * VENTOSAS LUMBARES *TENS CC LUMBARES
03/06/2026 05:00 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	03/06/2026 *AJUSTE GENERAL * VENTOSAS LUMBARES * PUNCION LUMBARES *TENS CC LUMBARES

Formato #470

Fecha: 01/06/2026 05:37 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #495

Fecha: 01/06/2026 05:25 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:	USA
Ocupación:	EMPLEADO
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	3 HERNIAS DISCALES L2,L3,L4
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	10 AÑOS
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE LA MAÑANA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	SENTADO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ACOSTADO
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	10 - Insoportable
¿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?	MANEJANDO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	