
Paciente

Nombre:	MERCEDES
Apellido paterno:	LOPEZ
Apellido materno:	MENDEZ
Fecha de registro:	03/06/2026
Fecha de nacimiento:	11/11/1947
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6643173619
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 03/06/2026

Nota de evolución #531

Fecha:	03/06/2026 04:25 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	DX003 - Lumbalgia cronica, DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo
Detalle:	
03/06/2026	
*AJUSTE GENERAL	
* TENS CC PERIFORME IZQUIERDO	

Formato #473

Fecha:	03/06/2026 04:15 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Historia clínica #498

Fecha:	03/06/2026 04:11 PM
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado:	No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	MUJER
Domicilio:	
Entidad:	BC
Ocupación:	JUBILIDA
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	SINALOA
Estado Civil:	CASADA

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE PIERNAS
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	5 MESES
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE QUE MELEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	CANSANCIO
¿Algo que agrave el malestar?	
¿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?	ESOFAGO, BRAZO DERECHO, REFLUJO
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	DAR CLASES
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	