
Paciente

Nombre: Juan Carlos
Apellido paterno: Parra
Apellido materno: Vega
Fecha de registro: 27/09/2025
Fecha de nacimiento: 14/03/1973
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6192503902
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 29/09/2025**Nota de evolución #82**

Fecha: 29/09/2025 03:22 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Detalle:
29/09/2025
* AJUSTE GENERAL
* VENTOSAS PERIFORME DERECHO
* TENS CC PERIFORME DERECHO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
20/10/2025 05:40 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	20/10/2025 * ajuste general * electro puncion periforme derecho, gemelo derecho * tens cc peridorme derecho

CONSULTA 27/09/2025**Nota de evolución #80**

Fecha: 27/09/2025 11:30 AM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX002 - Síndrome piramidal derecho, DX019 - ESTRES LABORAL
Detalle:
27/09/2025
* Puncion periforme derecho

- * Ajuste general
- * Tens CC periforme derecho

Formato #48

Fecha: 27/09/2025 11:12 AM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #50

Fecha: 27/09/2025 11:08 AM
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:	San diego
Ocupación:	Construccion
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	Sonora
Estado Civil:	Casado

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	Posiblemenbte ciatica derecha
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	1 mes
¿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?	Acostarme del lado derecho
¿Algo alivia o mejora el malestar?	Al recargarme o estirarme
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	8 - Profundo

Pregunta	Respuesta
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	No
¿Ha estado hospitalizado?	Si
¿Ha sufrido de alguna fractura?	Tibia
¿Ha sufrido de algún accidente?	Accidente de auto
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	Construccion
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	