

Paciente

Nombre: EDUARDO
Apellido paterno: AGUILAR
Apellido materno: AGUILAR
Fecha de registro: 19/06/2026
Fecha de nacimiento: 26/06/1979
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6644862777
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 19/06/2026

Nota de evolución #568

Fecha: 19/06/2026 07:46 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí

Diagnósticos:

DX003 - Lumbalgia cronica, DX012 - ABOMBAMIENTOS DISCALES, DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo

Detalle:

19/06/2026

*PUNCION PERIFORME IZQUIERDO

*AJUSTE GENERAL

*TENS CC PERIFORME IZQUIERDO

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
25/06/2026 05:45 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	25/06/2026 *AJUSTE GENERAL *ELECTRO PUNCION PERIFORME IZQUIERDO Y GEMELO *TENS CC PERIFORME IZQUIERDO Y GEMELO.
23/06/2026 05:15 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	23/06/2026 *AJUSTE GENERAL *VENTOSAS PERIFORME IZQUIERDO *TENS CC PERIFORME IZQUIERDO

Formato #513

Fecha: 19/06/2026 07:12 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #537

Fecha: 19/06/2026 06:59 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:	TÉCNICO RADIOLOGO
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	L5-S1 ABOMBAMIENTO, SÍNDROME PIRAMIDAL IZQUIERDO
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	UN MES
¿Describe de qué manera comienza?	DESDE LA MAÑANA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	CAMINAR
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	8 - Profundo
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	INSOPORTABLE

Pregunta	Respuesta
¿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?	PARADO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	