
Paciente

Nombre:	LUIS
Apellido paterno:	ACOSTA
Fecha de registro:	20/06/2026
Fecha de nacimiento:	11/02/1972
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6645331859
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 20/06/2026

Nota de evolución #569

Fecha:	20/06/2026 10:21 AM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	DX043 - INGLE DERECHA
Detalle:	
20/06/2026	
*AJUSTE GENERAL	
*PLUMA INGLE DERECHA	
*TENS CC INGLE DERECHA	

Formato #514

Fecha:	20/06/2026 09:59 AM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Historia clínica #538

Fecha:	20/06/2026 09:55 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:	BC
Ocupación:	ENTRENADOR DE FUTBOL
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TIJUANA
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	INSOMNIO, INGLE
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	UN AÑO
¿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?	CAMINAR
¿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?	NO
¿Ha estado hospitalizado?	NO
¿Ha sufrido de alguna fractura?	TIBIA IZQUIERDA
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	ENTRENADOR DE FUTBOL
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	