

551 - VICTOR HUGO DÍAZ LIZARRAGA

Paciente

**Nombre:** VICTOR HUGO  
**Apellido paterno:** DÍAZ  
**Apellido materno:** LIZARRAGA  
**Fecha de registro:** 22/06/2026  
**Fecha de nacimiento:** 26/03/1975  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6645666622  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 22/06/2026

Nota de evolución #575

**Fecha:** 22/06/2026 05:09 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí

Diagnósticos:

DX019 - ESTRES LABORAL, DX003 - Lumbalgia cronica, M621 - OTROS DESGARROS (NO TRAUMÁTICOS) DEL MÚSCULO

Detalle:

DESGARRE GEMELO Y PARTE POSTERIOR DE LA PIERNA IZQUIERDA

22/06)2026

\* AJUSTE GENERAL

\*TENS CC C

Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                                                |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/07/2026 04:22 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 13/07/2026<br>*AJUSTE GENRAL<br>*ELECTRO PUNCION RODILLA IZQUIERDA                                     |
| 25/06/2026 04:11 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 25/06/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>*ELECTRO PUNCION GEMELO IZQUIERDO<br>*TENS RODILLA Y GEMELO IZQUIERDO |

**Formato #519**

**Fecha:** 22/06/2026 04:25 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

**Historia clínica #544**

**Fecha:** 22/06/2026 04:20 PM  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Firmado:** No

**Expediente**

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| No.      |           |

**DATOS DEL PACIENTE**

| Pregunta             | Respuesta                    |
|----------------------|------------------------------|
| Sexo:                | HOMBRTE                      |
| Domicilio:           |                              |
| Entidad:             | BC                           |
| Ocupación:           | PROFESOR DE EDUCACIÓN FISICA |
| Escolaridad:         |                              |
| Lugar de Nacimiento: | ESCUINAPA                    |
| Estado Civil:        | DIVORCIADO                   |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE RODILLA, MENISCOS, DOLOR DE GEMELO DERECHO |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                                     |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | TRES SEMANAS                                        |
| ¿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?                                                                                         |                                                     |
| ¿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? |                                                     |

551 - VICTOR HUGO DÍAZ LIZARRAGA

| Pregunta                               | Respuesta        |
|----------------------------------------|------------------|
| ¿Ha tenido alguna cirugía?             | NO               |
| ¿Ha estado hospitalizado?              | NO               |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?        | MANO             |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?        | si               |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez? |                  |
| ¿Cuál es su actividad laboral?         | educación fisica |
| ¿Practica algún deporte?               |                  |
| ¿Tiene algún pasatiempo?               |                  |
| ¿Cuál es su peso y talla?              |                  |
| ¿Tiene algún vicio?                    |                  |
| Observaciones                          |                  |