

552 - FELIPE DE JESUS NUÑEZ ACEVEDO

Paciente

Nombre: FELIPE DE JESUS
Apellido paterno: NUÑEZ
Apellido materno: ACEVEDO
Fecha de registro: 22/06/2026
Fecha de nacimiento: 26/01/1976
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6641291232
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 22/06/2026

Nota de evolución #576

Fecha: 22/06/2026 07:04 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos:
 DX003 - Lumbalgia cronica, DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo, DX019 - ESTRES LABORAL

Detalle:

22/06/2026
 *PUNCION LUMBARES Y PERIFORME
 *AJUSTE GENERAL
 *TENS CC LUMBAR

Listado de notas adicionales

Fecha	Médico	Detalle
30/06/2026 05:27 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	30/06/2026 *AJUSTE GENERAL *ELECTRO PUNCION GLUTEOS *TENS CC GLUTEOS Y LUMBARES
25/06/2026 04:56 PM	Arturo Fabián Medina Santacruz	25/06/2026 *AJUSTE GENERAL *VENTOSAS PERIFORME IZQUIERDO *TENS CC LUMBARES Y GLUTEOS

552 - FELIPE DE JESUS NUÑEZ ACEVEDO

Formato #521

Fecha: 22/06/2026 06:38 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Formato #520

Fecha: 22/06/2026 06:36 PM
Formato: Formato general
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: No

Historia clínica #545

Fecha: 22/06/2026 06:31 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:	COMERCIANTE
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	DURANGO
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	HERNIAS DISCALES LUMBARES L5-S1, L4-L5, DOLOR DE ESPALDA BAJA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	2018
¿Describe de qué manera comienza?	TODO EL DIA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS

552 - FELIPE DE JESUS NUÑEZ ACEVEDO

Pregunta	Respuesta
¿Presenta entumecimiento?	SI MÁS PIERNA IZQUIERDA
¿Algo que agrave el malestar?	SENTADO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	CAMINAR
¿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?	ROTULA DERECHA, APENDICITIS Y HEMORROIDES.
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	MANO IZQUIERDA
¿Ha sufrido de algún accidente?	ACCIDENTE AUTOMOVILISCO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	CAMINAR, CARGO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	