

## 554 - IGNACIO JAVIER CAMACHO MADRIGAL

## Paciente

**Nombre:** IGNACIO JAVIER  
**Apellido paterno:** CAMACHO  
**Apellido materno:** MADRIGAL  
**Fecha de registro:** 23/06/2026  
**Fecha de nacimiento:** 27/10/1966  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6644057447  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

## CONSULTA 23/06/2026

## Nota de evolución #579

**Fecha:** 23/06/2026 07:10 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX003 - Lumbalgia cronica, DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo  
**Detalle:**  
23/06/2026  
\*AJUSTE GENERAL  
\*TENS CC LUMBARES

## Listado de notas adicionales

| Fecha               | Médico                         | Detalle                                                                   |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 08/07/2026 03:21 PM | Arturo Fabián Medina Santacruz | 08/07/2026<br>*AJUSTE GENERAL<br>* ELECTRO PUNCION PERIFORME<br>IZQUIERDO |

## Historia clínica #547

**Fecha:** 23/06/2026 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:             |           |
| Ocupación:           | TRAILERO  |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | TIJUANA   |
| Estado Civil:        | SOLTERO   |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE ESPALDA BAJA, PIERNA IUZQUIERDA |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                          |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | UN AÑO                                   |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | DESPUÉS DE LEVANTARME                    |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                           |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | SI, PIERNA IZQUIERDA                     |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | PARADO                                   |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | UN POCO ESTAR ACOSTADO                   |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                          |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 2 - Incomodo                             |
| ¿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?                                                                                       | HOMBRO Y MUÑECA DERECHA                  |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | SI                                       |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                          |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | TRAILERO                                 |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                          |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                          |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                                          |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                                          |
| Observaciones                                                                                                         |                                          |