
Paciente

Nombre:	JUAN ANTONIO
Apellido paterno:	ROJAS
Apellido materno:	MENDEZ
Fecha de registro:	25/06/2026
Fecha de nacimiento:	09/07/1992
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6642660530
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 25/06/2026

Nota de evolución #582

Fecha:	25/06/2026 02:58 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Diagnósticos:	DX003 - Lumbalgia cronica, DX017 - DESFASE PIERNAS
Detalle:	
25/06/2026	
*AJUSTE GENERAL	
*TENS CC LUMBARES	

Formato #527

Fecha:	25/06/2026 02:37 PM
Formato:	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal:	Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo:	Sí

Historia clínica #550

Fecha:	25/06/2026 02:31 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:	GUARDIA DE SEGURIDAD
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	CHIAPAS
Estado Civil:	SOLTERO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR ESPALDA BAJA, PIE DERECHO
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	DOS AÑOS
¿Describa de qué manera comienza?	DESDE QUE ME LEVANTO
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	NO
¿Algo que agrave el malestar?	SENTADO
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ESTIRAMIENTO
¿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?	VESICULA
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	DE TODO UN POCO
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	