

59 - LEONARDO NUÑEZ BARRAZA

Paciente

Nombre:	LEONARDO
Apellido paterno:	NUÑEZ
Apellido materno:	BARRAZA
Fecha de registro:	30/09/2025
Fecha de nacimiento:	14/09/1982
Sexo:	Masculino
Tipo documento:	CURP
País:	MÉXICO
Estado:	BAJA CALIFORNIA
Municipio:	TIJUANA
Telefonos:	6641973684
Titular:	Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 06/10/2025

Nota de evolución #113

Fecha:	06/10/2025 06:47 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
06/10/2025	
* AJUSTE GENERAL	
* VENTOSAS MUSLO POSTERIOR IZQ	
* TENS CC CIATICA IZQ.	

CONSULTA 03/10/2025

Nota de evolución #101

Fecha:	03/10/2025 06:29 PM
Médico:	Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada:	Sí
Detalle:	
03/10/2025	
* PUNCION PERIFORME IZQ	
* AJUSTE GENERAL	
* TENS CC PERIFORME IZQ Y LUMBARES	

CONSULTA 30/09/2025

59 - LEONARDO NUÑEZ BARRAZA

Nota de evolución #88

Fecha: 30/09/2025 05:25 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo, DX017 - DESFASE PIERNAS
Detalle:
30/09/2025
* AJUSTE GENERAL
* VENTOSAS PIERNA IZQUIERDA
* TENS CC LUMBARES Y PIERNA IZQUIERDA

Formato #54

Fecha: 30/09/2025 05:05 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #56

Fecha: 30/09/2025 05:00 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:	CONSTRUCCION
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	CULIACAN SINALOA
Estado Civil:	CASADO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR DE ESPALDA BAJA
¿Malestar principal?	

59 - LEONARDO NUÑEZ BARRAZA

Pregunta	Respuesta
¿Desde que fecha comienza?	4 MESES
¿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?	AL LEVANTARME
¿Algo alivia o mejora el malestar?	ACOSTADO
¿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?	NO
¿Ha sufrido de algún accidente?	NO
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	TODO UN POCO EN LA CONSTRUCCION
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	