

60 - ALFONSO HERNANDEZ AGUIRRE

Paciente

Nombre: ALFONSO
Apellido paterno: HERNANDEZ
Apellido materno: AGUIRRE
Fecha de registro: 02/10/2025
Fecha de nacimiento: 23/07/1951
Sexo: Masculino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6642365552
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 09/10/2025

Nota de evolución #118

Fecha: 09/10/2025 04:03 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Detalle:
09/10/2025
* AJUSTE GENERAL
* ELECTRO PUNCION TRAPECIOS Y CERVICALES, DELTOIDES DERECHO
* TENS CC LUMBARES Y GLUTEO

CONSULTA 02/10/2025

Nota de evolución #91

Fecha: 02/10/2025 04:02 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: DX011 - LUMBALGIA, DX004 - Síndrome Piramidal Izquierdo
Detalle:
02/10/2025
* PUNCION LUMBAR IZQ
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC PERIFORME IZQ.

60 - ALFONSO HERNANDEZ AGUIRRE

Formato #55

Fecha: 02/10/2025 03:48 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #57

Fecha: 02/10/2025 03:46 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:	HOGAR JUBILADO
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	TEPATITLAN JALISCO
Estado Civil:	VIUDO

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	LUMBALGIA
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	MUCHO TIEMPO PERO AYER SE DETONO
¿Describa de qué manera comienza?	EN LA MAÑANA
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	SI
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	4 - Disparatado
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	TIBIA PIERNA IZQUIERDA

60 - ALFONSO HERNANDEZ AGUIRRE

Pregunta	Respuesta
¿Ha estado hospitalizado?	SI
¿Ha sufrido de alguna fractura?	SI
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	HOGAR
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	