

621 - ANTONIO TOSCANO HERNANDEZ

---

Paciente

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nombre:              | ANTONIO                        |
| Apellido paterno:    | TOSCANO                        |
| Apellido materno:    | HERNANDEZ                      |
| Fecha de registro:   | 11/08/2026                     |
| Fecha de nacimiento: | 20/12/1982                     |
| Sexo:                | Masculino                      |
| Tipo documento:      | CURP                           |
| País:                | MÉXICO                         |
| Estado:              | BAJA CALIFORNIA                |
| Municipio:           | TIJUANA                        |
| Telefonos:           | 6611196667                     |
| Titular:             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

CONSULTA 11/08/2026

Nota de evolución #645

---

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Fecha:                            | 11/08/2026 01:55 PM            |
| Médico:                           | Arturo Fabián Medina Santacruz |
| Cerrada:                          | Sí                             |
| Diagnósticos:                     | DX011 - LUMBALGIA              |
| Detalle:                          |                                |
| 11/08/2026                        |                                |
| * PUNCION LUMBAR Y DORSAL DERECHO |                                |
| * AJUSTE GENERAL                  |                                |
| * TENS CC LUMBARES                |                                |

Formato #590

---

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| Fecha:    | 11/08/2026 01:35 PM                    |
| Formato:  | CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO |
| Medico:   | Arturo Fabián Medina Santacruz         |
| Sucursal: | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| Activo:   | Sí                                     |

Historia clínica #613

---

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| Fecha:    | 11/08/2026 01:34 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:           | MAQUINARIA |
| Escolaridad:         |            |
| Lugar de Nacimiento: | ROSARITO   |
| Estado Civil:        |            |

#### INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     |           |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |           |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            |           |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     |           |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        |           |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             |           |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         |           |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |           |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |           |
| Valoración del Dolor                                                                                                  |           |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |           |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            |           |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             |           |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       |           |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       |           |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |           |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        |           |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |           |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |           |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |           |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |           |
| Observaciones                                                                                                         |           |