

66 - KIMBERLY AYALA REYNA

---

Paciente

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nombre:              | KIMBERLY                       |
| Apellido paterno:    | AYALA                          |
| Apellido materno:    | REYNA                          |
| Fecha de registro:   | 03/10/2025                     |
| Fecha de nacimiento: | 27/07/1995                     |
| Sexo:                | Femenino                       |
| Tipo documento:      | CURP                           |
| País:                | MÉXICO                         |
| Estado:              | BAJA CALIFORNIA                |
| Municipio:           | TIJUANA                        |
| Telefonos:           | 6642368614                     |
| Titular:             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

CONSULTA 03/10/2025

---

Formato #62

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| Fecha:    | 03/10/2025 05:43 PM                    |
| Formato:  | CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO |
| Medico:   | Arturo Fabián Medina Santacruz         |
| Sucursal: | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| Activo:   | Sí                                     |

---

Nota de evolución #99

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Fecha:        | 03/10/2025 05:43 PM            |
| Médico:       | Arturo Fabián Medina Santacruz |
| Cerrada:      | Sí                             |
| Diagnósticos: | DX011 - LUMBALGIA              |
| Detalle:      |                                |

03/10/2025

\* PUNCION LUMBAR Y GLUTEO IZQ

\* AJUSTE GENERAL

\* TENS CC LUMBARES Y GLUTEO

---

Historia clínica #63

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| Fecha:    | 03/10/2025 05:37 PM                |
| Medico:   | Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| Sucursal: | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz |
| Firmado:  | No                                 |

---

Expediente

66 - KIMBERLY AYALA REYNA

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| No.      |           |

DATOS DEL PACIENTE

| Pregunta             | Respuesta |
|----------------------|-----------|
| Sexo:                | MUJER     |
| Domicilio:           |           |
| Entidad:             |           |
| Ocupación:           | HOGAR     |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | GUASAVE   |
| Estado Civil:        | CASADA    |

INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | ESPALDA BAJA         |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                      |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 12 AÑOS /CRONICO)    |
| ¿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?                                                                                         | AGACHARME            |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | PARADA O SENTADA     |
| ¿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?                                                                                            | MANGA GASTRICA       |
| ¿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?                                                                                        | HOGAR                |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                      |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                      |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                      |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                      |
| Observaciones                                                                                                         |                      |