

---

**Paciente**

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre:</b>              | Enrique                        |
| <b>Apellido paterno:</b>    | Cardenas                       |
| <b>Fecha de registro:</b>   | 06/09/2025                     |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | 29/01/1974                     |
| <b>Sexo:</b>                | Masculino                      |
| <b>Tipo documento:</b>      | CURP                           |
| <b>País:</b>                | MÉXICO                         |
| <b>Estado:</b>              | BAJA CALIFORNIA                |
| <b>Municipio:</b>           | TIJUANA                        |
| <b>Telefonos:</b>           | 6644386313                     |
| <b>Titular:</b>             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

**CONSULTA 16/09/2025**

**Nota de evolución #44**

---

|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| <b>Fecha:</b>       | 16/09/2025 06:00 PM            |
| <b>Médico:</b>      | Arturo Fabián Medina Santacruz |
| <b>Cerrada:</b>     | Sí                             |
| <b>Detalle:</b>     |                                |
| 16/09/2025          |                                |
| * Ajuste general    |                                |
| * ventosas lumbares |                                |
| * tens CC lumbares  |                                |

**CONSULTA 13/09/2025**

**Nota de evolución #32**

---

|                                          |                                |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Fecha:</b>                            | 13/09/2025 11:21 AM            |
| <b>Médico:</b>                           | Arturo Fabián Medina Santacruz |
| <b>Cerrada:</b>                          | Sí                             |
| <b>Detalle:</b>                          |                                |
| 13/09/2025                               |                                |
| * Puncion seca lumbar izquierdo          |                                |
| * Ajuste general                         |                                |
| * Tens CC lumbares                       |                                |
| * Masaje relajante cervicales y dorsales |                                |

**CONSULTA 06/09/2025**

## Nota de evolución #4

**Fecha:** 06/09/2025 12:03 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX003 - Lumbalgia cronica  
**Detalle:**  
06/09/2025  
\* Ajuste general  
\* tens CC lumbares

## Formato #6

**Fecha:** 06/09/2025 11:38 AM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

## Historia clínica #5

**Fecha:** 06/09/2025 11:34 AM  
**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:           | Vendedor       |
| Escolaridad:         |                |
| Lugar de Nacimiento: | Sonora obregon |
| Estado Civil:        | Casado         |

## INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                          | Respuesta          |
|-----------------------------------|--------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta? | Dolor espalda baja |
| ¿Malestar principal?              |                    |
| ¿Desde que fecha comienza?        | 4 meses (2 años)   |

## Medis365 - MSRKG

### 9 - Enrique Cardenas

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     | Al levantarme               |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | Todos los dias              |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | No                          |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | Estar parado                |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | Cojines en la espalda       |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                             |
| Valoración del Dolor                                                                                                  |                             |
| ¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar? |                             |
| ¿Ha tenido alguna cirugía?                                                                                            | No                          |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             |                             |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       | Dedo                        |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       |                             |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                             |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | Sentado, manejando y parado |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                             |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                             |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                             |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                             |
| Observaciones                                                                                                         |                             |