

92 - JOSE LUIS MIRELES LIRA

---

Paciente

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| Nombre:              | JOSE LUIS                      |
| Apellido paterno:    | MIRELES                        |
| Apellido materno:    | LIRA                           |
| Fecha de registro:   | 22/10/2025                     |
| Fecha de nacimiento: | 12/05/1993                     |
| Sexo:                | Masculino                      |
| Tipo documento:      | CURP                           |
| País:                | MÉXICO                         |
| Estado:              | BAJA CALIFORNIA                |
| Municipio:           | TIJUANA                        |
| Telefonos:           | 6643306135                     |
| Titular:             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

CONSULTA 22/10/2025

Nota de evolución #135

---

|               |                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------|
| Fecha:        | 22/10/2025 03:28 PM                                   |
| Médico:       | Arturo Fabián Medina Santacruz                        |
| Cerrada:      | Sí                                                    |
| Diagnósticos: | DX011 - LUMBALGIA, DX002 - Síndrome piramidal derecho |

**Detalle:**

08/07/2025

- \* PUNCION LUMBARES
- \* AJUSTE GENERAL
- \* TENS CC LUMBARES

12/07/2025

- \* AJUSTE GENERAL
- \* VENTOSAS LUMBARES
- \* TENS CC LUMBARES

19/07/2025

- \* AJUSTE GENERAL
- \* ELECTRO PUNCION LUMBARES Y SACRO
- \* TENS CC LUMBARES Y SACRO

22/10/2025

- \* ALINEACION ALPHABIOTICA

### Historia clínica #89

**Fecha:** 22/10/2025 03:24 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:           |           |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | LEON      |
| Estado Civil:        | CASADO    |

### INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | DOLOR DE ESPALDA BAJA                    |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                          |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 3 MESES                                  |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | AL CAMINAR DESPUES DE UN RATO ME MOLESTA |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | FRECUENTE                                |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                                       |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | NO                                       |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | NO                                       |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                                          |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 2 - Incomodo                             |
| ¿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?                                                                                        | MONTACARGISTA                            |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                          |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                          |

92 - JOSE LUIS MIRELES LIRA

---

| Pregunta                  | Respuesta |
|---------------------------|-----------|
| ¿Cuál es su peso y talla? |           |
| ¿Tiene algún vicio?       |           |
| Observaciones             |           |

**Formato #87**

---

**Fecha:** 22/10/2025 03:19 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí