

108 - ANTONIO ELIAS PADILLA

---

Paciente

**Nombre:** ANTONIO  
**Apellido paterno:** ELIAS  
**Apellido materno:** PADILLA  
**Fecha de registro:** 06/11/2025  
**Fecha de nacimiento:** 13/06/1979  
**Sexo:** Masculino  
**Tipo documento:** CURP  
**País:** MÉXICO  
**Estado:** BAJA CALIFORNIA  
**Municipio:** TIJUANA  
**Telefonos:** 6632001435  
**Titular:** Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 06/11/2025

Nota de evolución #151

---

**Fecha:** 06/11/2025 12:59 PM  
**Médico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Cerrada:** Sí  
**Diagnósticos:** DX019 - ESTRES LABORAL, DX011 - LUMBALGIA  
**Detalle:**  
06/11/2025  
\* AJUSTE GENERAL  
\* TENS CC TODA LA ESPALDA

Formato #105

---

**Fecha:** 06/11/2025 12:36 PM  
**Formato:** CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO  
**Medico:** Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Sucursal:** Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz  
**Activo:** Sí

Historia clínica #105

---

**Fecha:** 06/11/2025 12:31 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:           | EMPLEADO          |
| Escolaridad:         |                   |
| Lugar de Nacimiento: | AYOTITLAN JALISCO |
| Estado Civil:        | U NION LIBRE      |

#### INFORMACIÓN GENERAL

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | ESTRES, DOLOR PARTE BAJA DE LA ESPALDA |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                                        |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 6 MESES                                |
| ¿Describa de qué manera comienza?                                                                                     | DESDE QUE ME LEVANTO                   |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS                         |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | CUELLO                                 |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | AL ESTAR MUCHO TIEMPO PARADO           |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    | SENTADO                                |
| ¿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?                                                                                            | NO                                     |
| ¿Ha estado hospitalizado?                                                                                             | NO                                     |
| ¿Ha sufrido de alguna fractura?                                                                                       | DEDO                                   |
| ¿Ha sufrido de algún accidente?                                                                                       | SI                                     |
| ¿Enfermedades que padeció en la niñez?                                                                                |                                        |
| ¿Cuál es su actividad laboral?                                                                                        | PARADO Y CARGANDO NIO MUY PESADO.      |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                                        |
| ¿Tiene algún pasatiempo?                                                                                              |                                        |
| ¿Cuál es su peso y talla?                                                                                             |                                        |
| ¿Tiene algún vicio?                                                                                                   |                                        |
| Observaciones                                                                                                         |                                        |