

---

**Paciente**

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre:</b>              | ELIAZAR                        |
| <b>Apellido paterno:</b>    | CHAVEZ                         |
| <b>Fecha de registro:</b>   | 28/01/2026                     |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | 23/08/1997                     |
| <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>           | 6632405011                     |
| <b>Titular:</b>             | Arturo Fabián Medina Santacruz |

**CONSULTA 28/01/2026**

**Formato #262**

---

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| <b>Fecha:</b>    | 28/01/2026 04:50 PM                    |
| <b>Formato:</b>  | CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO |
| <b>Medico:</b>   | Arturo Fabián Medina Santacruz         |
| <b>Sucursal:</b> | Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz     |
| <b>Activo:</b>   | Sí                                     |

**Nota de evolución #303**

---

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| <b>Fecha:</b>        | 28/01/2026 04:47 PM            |
| <b>Médico:</b>       | Arturo Fabián Medina Santacruz |
| <b>Cerrada:</b>      | Sí                             |
| <b>Diagnósticos:</b> | DX011 - LUMBALGIA              |
| <b>Detalle:</b>      |                                |

30/04/2025

\*AJUSTE GENERAL

\* TENS CC LUMBARES

07/05/ 2025

\* AJUSTE GENRAL

\* TENS CC LUMBARES

26/05/2025

\*AJUSTE GENRAL

\*VENTOSAS LUMBARES

\* TENS CC LUMBARES

\* 28/01/2026

\*AJUSTE GENERAL

---

\*TENS CC TODA LA ESPALDA

**Historia clínica #263**

**Fecha:** 28/01/2026 04:45 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:           | COCINA    |
| Escolaridad:         |           |
| Lugar de Nacimiento: | CULIACAN  |
| Estado Civil:        |           |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| Pregunta                                                                                                              | Respuesta          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ¿Motivo principal de la consulta?                                                                                     | ESPALDA BAJA       |
| ¿Malestar principal?                                                                                                  |                    |
| ¿Desde que fecha comienza?                                                                                            | 6 MESES            |
| ¿Describe de qué manera comienza?                                                                                     | TRANSCURSO DEL DIA |
| ¿Con qué frecuencia lo padece?                                                                                        | TODOS LOS DIAS     |
| ¿Presenta entumecimiento?                                                                                             | NO                 |
| ¿Algo que agrave el malestar?                                                                                         | ESTAR SENTADO      |
| ¿Algo alivia o mejora el malestar?                                                                                    |                    |
| ¿Información Adicional?                                                                                               |                    |
| Valoración del Dolor                                                                                                  | 7 - Intenso        |
| ¿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?                                                                                        | PARADO. COCINANDO  |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                              |                    |

## Medis365 - MSRKG

266 - ELIAZAR CHAVEZ

---

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