



INSTITUTO INTERNACIONAL McKENZIE

VALORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha Nac. _____ Edad _____

Remitido por: Dr/ Él / Otro _____

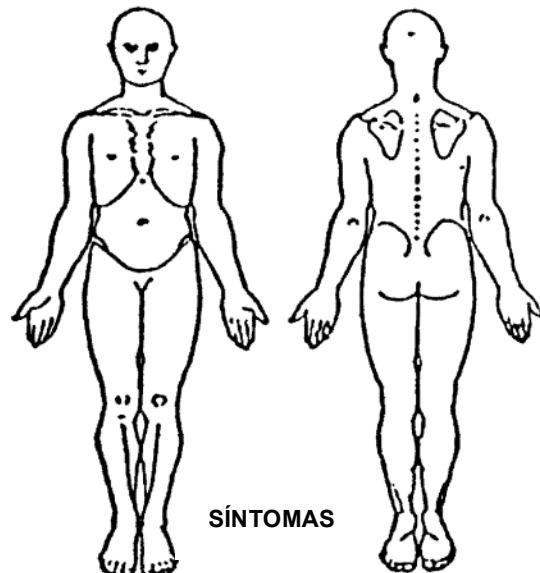
Trabajo: Estrés mecánico _____

Ocio: Estrés mecánico _____

Incapacidad funcional en este episodio _____

Puntuación incapacidad funcional _____

Puntuación EVA (0-10) _____



HISTORIA

Síntomas presentes _____

Presentes desde _____ mejorando /sin cambios /empeorando _____

Comenzaron por _____ o sin razón aparente _____

Síntomas al inicio: cuello / brazo / antebrazo / cabeza _____

Síntomas constantes: cuello / brazo / antebrazo / cabeza _____ Síntomas intermitentes: cuello / brazo / antebrazo / cabeza _____

Peor	flexionando	sentado	girando	tumbado / levantarse
	am / conforme pasa el día / pm		quieto / en movimiento	
	otros _____			

Mejor	flexionando	sentado	girando	tumbado
	am / conforme pasa el día / pm		quieto / en movimiento	
	otros _____			

Molesta al dormir Sí / No _____ Almohadas _____

Posturas dormir Prono / sup / de lado D / I _____ Colchón firme / blando / muy blando _____

Episodios previos 0 1-5 6-10 11+ Año 1^{er} episodio _____

Historia previa _____

Tratamiento previo _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

mareo / zumbidos / náusea / tragat / +vo / -vo _____ Marcha / Miembros Superiores: normal / anormal _____

Medicación: No / AINES/ Analg / Esteroides / Anticoag / Otros _____

Salud general: buena /reg /mala _____

Radiología: Sí / No _____

Cirugía reciente: Sí / No _____ Dolor Noche: Sí / No _____

Accidentes: Sí / No _____ Pérdida inexplicada de peso: Sí / No _____

Otros _____

EXPLORACIÓN

POSTURA

Sentado: bien / reg / mal Bipedestación: bien / reg / mal Cabeza protruida: Sí / No Cuello desviado: der / izq / no

Corrección de la postura: mejor / peor / no efecto _____ Relevante: Sí / No

Otras observaciones: _____

NEUROLÓGICO

Déficit motor _____ Reflejos _____

Déficit sensitivo _____ Signos durales _____

PÉRDIDA MOVS

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Protrusión					
Flexión					
Retracción					
Extensión					

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión Lat D					
Flexión Lat I					
Rotación D					
Rotación I					

TEST MOVIMIENTOS

Describa efecto en dolor presente – Durante: produce, elimina, aumenta, disminuye, no efecto, centralizando, periferalizando. Tras: mejor, peor, no mejor, no peor, no efecto, centralizado, periferalizado

	Síntomas durante el Test	Síntomas Tras test	Respuesta mecánica		
			↑Rom	↓Rom	No efecto
Síntomas pretest sentado:					
PRO					
Rep PRO					
RET					
Rep RET					
RET EXT					
Rep RET EXT					
Síntomas pretest tumbado:					
RET					
Rep RET					
RET EXT					
Rep RET EXT					
Si requiere dolor pretest sentado:					
LF - D					
Rep LF - D					
LF - I					
Rep LF - I					
ROT - D					
Rep ROT - D					
ROT - I					
Rep ROT - I					
FLEX					
Rep FLEX					

TESTS ESTÁTICOS

Protrusión _____ Flexión _____

Retracción _____ Extensión: sentado / prono / supino _____

OTROS TESTS _____

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Derangement Disfunción Postural OTROS

Derangement: Localización dolor _____

PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación _____ Material proporcionado _____

Terapia Mecánica: Sí / No _____

Principio: Extensión _____ Principio: Lateral _____

Principio: Flexión _____ Otros _____

Objetivos Tratamiento: _____