



INSTITUTO INTERNACIONAL McKENZIE

VALORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha Nac. _____ Edad _____

Remitido por: Dr/ Él / Otro _____

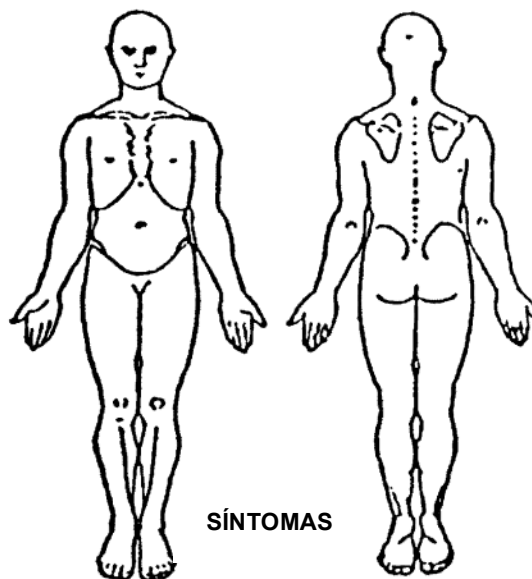
Trabajo: Estrés mecánico _____

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 / tragar / +vo / -vo Marcha / Miembros Superiores: *normal / anormal*

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

Salud general: *bueno /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 duros _____

PÉRDIDA MOV

	Gran	Mod	Min	No	Dolor		Gran	Mod	Min	No	Dolor
Protrusión						Flexión Lat D					
Flexión						Flexión Lat I					
Retracción						Rotación D					
Extensión						Rotación I					

TEST MOVIMIENTOS

Describe 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: _____