



INSTITUTO McKENZIE

VALORACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha Nac. _____ Edad _____

Remito por Dr./Él/Otro / _____

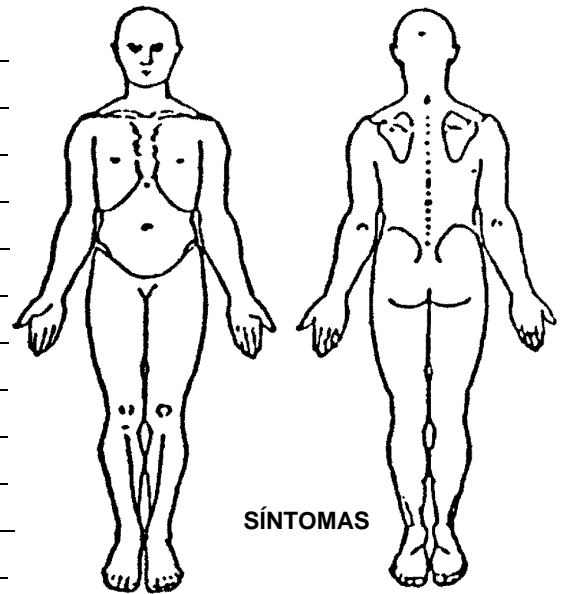
Trabajo: Estrés mecánico _____

Ocio: Estrés mecánico _____

Incapacidad funcional en este episodio _____

Puntuación Incapacidad funcional _____

Puntuación VAS (0-10) _____



HISTORIA

Síntomas presentes _____

Presentes desde _____ *mejorando /sin cambios/empeorando*

Comenzaron por _____ *o sin razón aparente*

Síntomas al inicio: *esp / muslo / pierna* _____

Síntomas constantes: *esp/muslo/pierna* _____ *Sínt.Intermitentes esp/ muslo/ pierna*

Peor *flexionando* *sentado / levantarse* *de pie* *caminando* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento*
otros _____

Mejor *flexionando* *sentado* *de pie* *caminando* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *Quieto/ en movimiento*
otros _____

Molesta al dormir *Sí / No* Posturas dormir: *prono / sup / de lado D / I* Colchón: *firme/blando/muy blando*

Episodios previos 0 1-5 6-10 11+ Año primer episodio _____

Historia previa _____

Tratamiento previo _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Tos / estornudar / hacer fuerza / +vo / -vo _____ Vejiga/Intestino: *normal / anormal* Marcha: *normal / anormal*

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

Salud General: *Buena / Reg / Mala* _____

Radiología: *Sí / No* _____

Cirugía importante o 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* Lordosis: *Red / Acent / Normal* Lateral Shift: *Der/ Izq /No*
Corrección de Postura: *Mejor / Peor / No efecto* Relevante: *Sí/No*
Otras Observaciones: _____

NEUROLÓGICO

Déficit Motor _____ Reflejos _____
Déficit Sensitivo _____ Signos Durales _____

PÉRDIDA DE MOVIMIENTO

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión					
Extensión					
Side Gliding D					
Side Gliding I					

TEST MOVIMIENTOS Describe efecto en dolor presente – Durante: produce, abole, aumenta, disminuye, no efecto, centralizando,periferalizando. Después: mejor, peor, no mejor, no peor, no efecto, centralizado, periferalizado.

Síntomas durante el Test	Síntomas tras el Test	Respuesta mecánica		
		↑Rom	↓Rom	No Efecto
Síntomas pretest de pie: _____				
FIS _____				
Rep FIS _____				
EIS _____				
Rep EIS _____				
Síntoma pretest tumbado: _____				
FIL _____				
Rep FIL _____				
EIL _____				
Rep EIL _____				
Si requiere, síntomas pretest: _____				
SGIS – D _____				
Rep SGIS – D _____				
SGIS – I _____				
Rep SGIS- I _____				

TESTS ESTÁTICOS

Sentado Encorvado _____ Sentado erguido _____
De pie Encorvado _____ De pie erguido _____
Tumbado prono extensión _____ Sentado alargado _____

OTROS TESTS

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Derangement Disfunción Postural Otros
Central o Asimétrica Unilateral o Asimétrica encima rodilla Unilateral o Asimétrica debajo rodilla

PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación _____ Material Proporcionado _____
Principio de Extensión: _____ Principio Lateral: _____
Principio de Flexión: _____ Otros _____
Barreras de recuperación: _____
Objetivos tratamiento: _____