



# INSTITUTO INTERNACIONAL MCKENZIE

## VALORACIÓN DE LA COLUMNA TORÁCICA

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo M / F

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha Nac \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Remitido por: Dr / Él / Otro \_\_\_\_\_

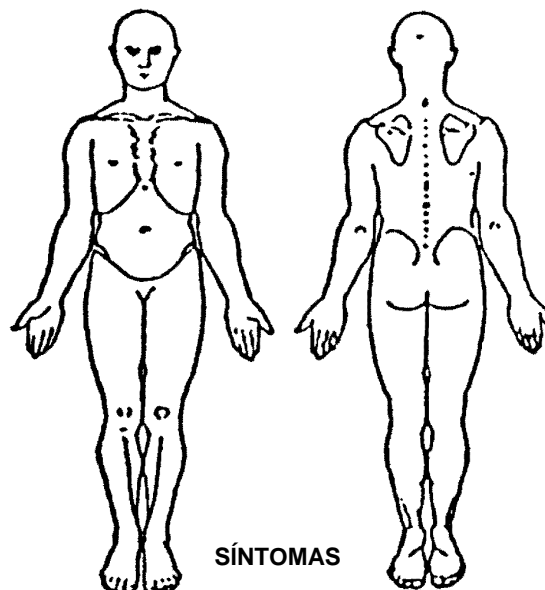
Trabajo : Estrés mecánico \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Síntomas constantes \_\_\_\_\_ Síntomas intermitentes \_\_\_\_\_

Peor *flexionando* *sentado / levantarse* *girar cuello / tronco* *de pie* *tumbado*  
*am / conforme pasa el día / pm* *quieto / en movimiento*  
*otros* \_\_\_\_\_

Mejor *flexionando* *sentado / levantarse* *girar cuello / tronco* *de pie* *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 primer episodio \_\_\_\_\_

Historia previa \_\_\_\_\_

Tratamiento Previo \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Toser / estornudar / respirar profundo / +vo / -vo \_\_\_\_\_ Marcha: *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 peso: *Sí / No*

Otros \_\_\_\_\_

## EXPLORACIÓN

### POSTURA

Sentado: bien / *reg* / *mal*      De pie: bien / *reg* / *mal*      Cabeza protruida: *Sí* / *No*      Cifosis: *red* / *acent* / *normal*  
 Corrección de la postura: mejor / *peor* / *no efecto* \_\_\_\_\_  
 Otras observaciones: \_\_\_\_\_

### NEUROLÓGICO (miembros superiores e inferiores)

Déficit motor \_\_\_\_\_ Reflejos \_\_\_\_\_  
 Déficit sensitivo \_\_\_\_\_ Signos duros \_\_\_\_\_

### PÉRDIDA MOVIMIENTOS

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión					
Extensión					
Rotación D					
Rotación I					
Otros					

### TEST DE LOS MOVIMIENTOS REPETIDOS DE LA COLUMNA CERVICAL

Rep Pro \_\_\_\_\_  
 Rep Ret \_\_\_\_\_  
 Rep Ret Ext \_\_\_\_\_  
 Rep LF - D \_\_\_\_\_  
 Rep LF - I \_\_\_\_\_  
 Rep ROT - D \_\_\_\_\_  
 Rep ROT - I \_\_\_\_\_  
 Rep Flex \_\_\_\_\_

**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 test	Síntomas tras test	Respuesta Mecánica		
		↑Rom	↓Rom	No efecto
<b>Síntomas pretest sentado</b> _____				
FLEX _____				
Rep FLEX _____				
EXT _____				
Rep EXT _____				
<b>Síntomas pretest tumbado</b> _____				
EIL (prono) _____				
Rep EIL (prono) _____				
EIL (supino) _____				
Rep EIL (supino) _____				
<b>Síntomas pretest sentado</b> _____				
ROT - R _____				
Rep ROT - R _____				
ROT - L _____				
Rep ROT - L _____				
Otros: _____				

### TESTS ESTÁTICOS

Flexión \_\_\_\_\_ Rotación D \_\_\_\_\_  
 Extensión / prono / supino \_\_\_\_\_ Rotación I \_\_\_\_\_

### OTROS TESTS

### CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Derangement \_\_\_\_\_ Disfunción \_\_\_\_\_ Postural \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_  
 Central o Simétrica \_\_\_\_\_ Unilateral o Asimétrica \_\_\_\_\_

### PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación \_\_\_\_\_ Material proporcionado \_\_\_\_\_  
 Principio: Extensión \_\_\_\_\_ Principio: Lateral \_\_\_\_\_  
 Principio: Flexión \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 Barreras de recuperación \_\_\_\_\_  
 Objetivo Tratamiento \_\_\_\_\_