



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

Tos / estornudar / respirar profundo / +vo / -vo _____

Marcha: normal / anormal

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

Salud general: buena / reg / mala _____

Radiología: Sí / No _____

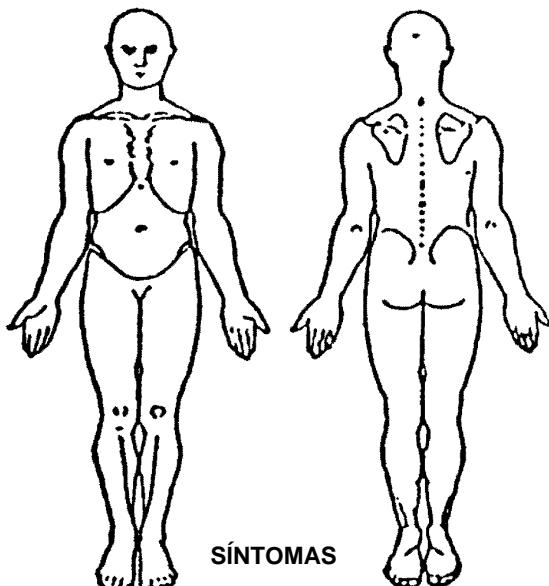
Cirugía reciente: Sí / No _____

Dolor Noche: Sí / No _____

Accidentes: Sí / No _____

Pérdida inexplicada peso: Sí / No _____

Otros _____



SÍNTOMAS

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 durales _____

PÉRDIDA MOVIMIENTOS

Flexión
Extensión
Rotación D
Rotación I
Otros

	Gran	Mod	Min	No	Dolor

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	Respuesta Mecánica		
	Síntomas tras test	↑Rom	↓Rom
Síntomas pretest sentado			
FLEX			
Rep FLEX			
EXT			
Rep EXT			
Síntomas pretest tumbado			
EIL (prono)			
Rep EIL (prono)			
EIL (supino)			
Rep EIL (supino)			
Síntomas pretest sentado			
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 _____