



# INSTITUTO McKENZIE

## VALORACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

Fecha \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

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

Remitido por: Dr. / Él / Otros \_\_\_\_\_

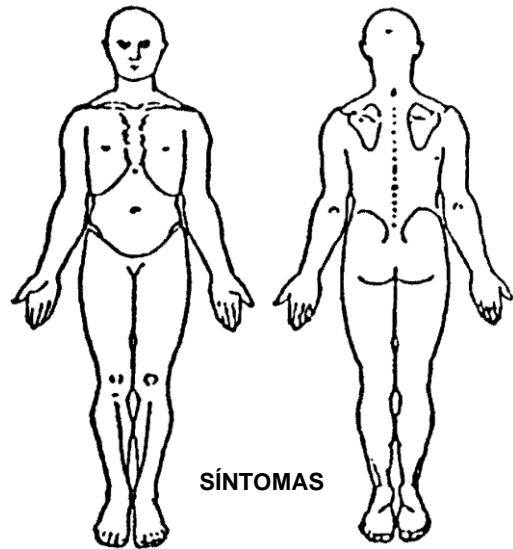
Trabajo: Estrés Mecánico \_\_\_\_\_

Ocio: Estrés Mecánico \_\_\_\_\_

Incapacidad funcional en este episodio \_\_\_\_\_

Puntuación en incapacidad funcional \_\_\_\_\_

Puntuación EVA (0-10) \_\_\_\_\_



### HISTORIA

Síntomas presentes \_\_\_\_\_

Presentes desde \_\_\_\_\_ mejorando/ sin cambios/ empeorando

Comenzaron por \_\_\_\_\_ o sin razón aparente

Síntomas al inicio \_\_\_\_\_ Parestesia: Sí / No

Historia problemas espalda \_\_\_\_\_ Toser / Estornudar +vo / -vo

Síntomas constantes: \_\_\_\_\_ Síntomas Intermitentes \_\_\_\_\_

**Peor** flexionando sentado/levantarse/primeros pasos de pie caminando escaleras sentadilla/arrodillado  
am / conforme pasa el día / pm quieto / en movimiento Durmiendo: prono / sup / lado D / I  
Otros \_\_\_\_\_

**Mejor** flexionando sentado de pie caminando escaleras sentadilla/arrodillado  
am / conforme pasa el día / pm quieto / en movimiento Durmiendo: prono / sup / lado D / I  
Otros \_\_\_\_\_

Con el uso continuado, el dolor: Mejora Empeora No Efecto Molesta de noche Sí / No

Dolor en reposo Sí / No Lugar: Espalda/ Cadera/ Rodilla/ Tobillo/ Pie

Otras Preguntas Inflamación Chasquido / Bloqueo Fallo / Debilidad

Episodios previos \_\_\_\_\_

Tratamientos previos \_\_\_\_\_

Salud General: Buena / Regular / Mala \_\_\_\_\_

Medicación: No / AINES / Analg / Esteroides / Anticoag / Otros \_\_\_\_\_

Radiología: Sí / No \_\_\_\_\_

Cirugía importante o reciente: Sí / No \_\_\_\_\_ Dolor noche: Sí / No \_\_\_\_\_

Accidentes: Sí / No \_\_\_\_\_ Pérdida inexplicable de peso: Sí / No \_\_\_\_\_

**Resumen** Agudo / Sub-agudo / Crónico Trauma / Comienzo gradual

Zonas a explorar Espalda/Cadera/Rodilla/Tobillo/Pie Otros: \_\_\_\_\_

## EXPLORACIÓN

## POSTURA

Sentado *Bien / Reg / Mal* Corrección de la Postura: *Mejor / Peor / No Efecto / NA*

De pie: *Bien / Reg / Mal*

Otras Observaciones: \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO:** NA / Motor / Sensitivo / Reflejos / Dural

**REFERENCIA (dolor o actividad funcional):**

EXTREMIDADES		Cadera / Rodilla / Tobillo / Pie				
PÉRDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Dolor	
Flexión						Adducción/Inversión
Extensión						Abducción/Eversión
Flexión Dorsal						Rotación Interna
Flexión Plantar						Rotación Externa

Movimiento Pasivo (+/- sobrepresión) (anotar síntomas y amplitud):	PDM	ERP

**Respuesta al Test Resistido (dolor)** \_\_\_\_\_

## Otros Tests

## COLUMN

Pérdida de movimiento

### Efecto de movimientos repetidos

Efecto de posición mantenida

Test de columna *No relevante / Relevante / Problema secundario*

### Síntomas de Referencia

Tests Repetidos	Respuesta Sintomática		Respuesta Mecánica	
Movimiento Activo/Pasivo, test resistido, test funcional	Durante – Produce, Elimina, Aumenta, Disminuye, NE	Después – Mejor, Peor, NB, NW, NE	Efecto – ↑ o ↓ ROM, fuerza o test funcional clave	No Efecto
Efecto de posición mantenida				

## CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

## Extremidades

## Column

Disfunción – Articular

Contráctil

### Derangement

Postural

OTROS

## PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación

### Material Proporcionado

### Ejercicio y Pauta

### Barreras de recuperación

### Objetivos Tratamiento