



INSTITUTO McKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F

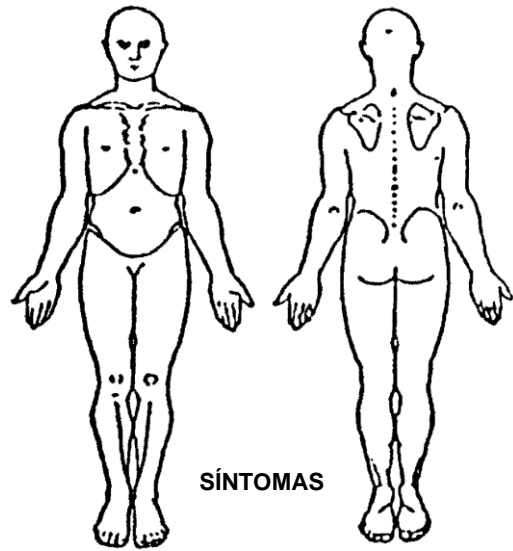
Dirección _____

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 inexplicada 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					
Extensión					
Flexión Dorsal					
Flexión Plantar					

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Adducción/Inversión					
Abducción/Eversión					
Rotación Interna					
Rotación Externa					

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

Respuesta al Test Resistido (dolor) _____

Otros Tests _____

COLUMNA

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

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Disfunción – Articular _____

Derangement _____

OTROS _____

Extremidades

Columna

Contráctil _____

Postural _____

PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación _____

Ejercicio y Pauta _____

Barreras de recuperación _____

Objetivos Tratamiento _____

Material Proporcionado _____