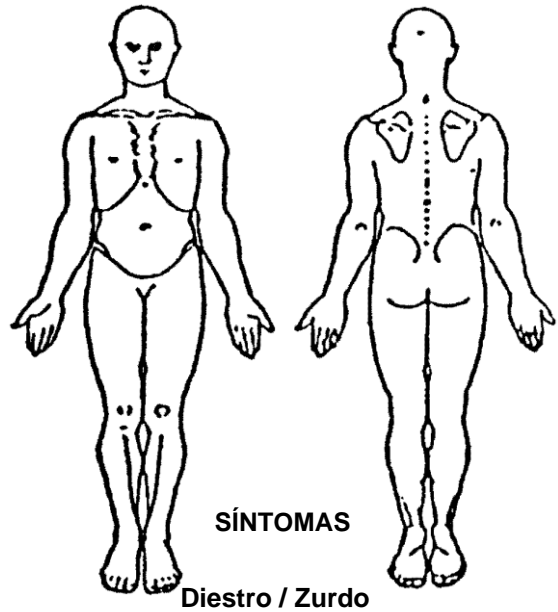




INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES SUPERIORES

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 girando cuello vestirse elevar brazo apretar
 am / conforme pasa el día / pm quieto / en movimiento Durmiendo: prono / sup / lado D / I
 Otros _____

Mejor flexionando sentado girando cuello vestirse elevar brazo apretar
 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: Cuello/ Hombro/ Codo / Muñeca/ Mano
 Otras Preguntas Hinchazón Se engancha/Chasquido/Bloqueo Subluxación

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 Cuello / Hombro / Codo / Muñeca / Mano 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 *Hombro / Codo / Muñeca / Mano*

PÉRDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión					
Extensión					
Supinación					
Pronación					

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Abducción/Desv. Cubital					
Abducción/Desv. Radial					
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 _____

Material Proporcionado _____

Ejercicio y Pauta _____

Barreras de recuperación _____

Objetivos Tratamiento _____