



INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

FICHA DE RE-VALORACIÓN

Fecha _____ Nombre _____ Visita número _____

Comprobación del tratamiento:

Corrección Postura: Sí / No

Realizando ejercicios: Sí / No

Frecuencia: Apropriada / No apropiada Respuesta sintomática cuando hace los ejercicios _____

Técnica: Buena / Necesita corrección

Cumplimiento / Compromiso Excelente / Buena / Regular / Mala

Presentación Sintomática:

Localización dolor: Centralizado / Mismo / Periferalizado _____

Frecuencia: Mejor / Igual / Peor

Intensidad: 0 _____ 10

Mejor / Igual / Peor

Función: % mejoría desde la valoración inicial: 0 _____ 100%

Cuestionario funcional: _____

Presentación mecánica:

Postura sentado: Buena / Regular / Mala

Postura de pie: Buena / Regular / Mala

Deformidad: Sí / No / No aplicable

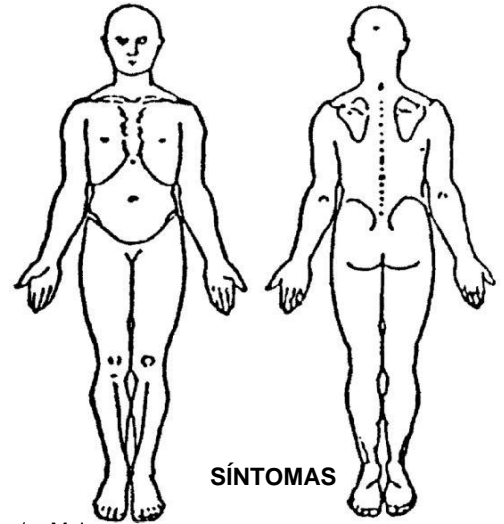
Test Neurológico: Mejor / Igual / Peor / No aplicable _____

Pérdida de Movimiento: Mejor / Igual / Peor _____

Técnica actual del ejercicio: Buena / Necesita corrección

Respuesta sintomática: _____

Movimientos repetidos: Mejor / Igual / Peor _____



RESUMEN: Mejor / Igual / Peor **Mejoría en general desde valoración inicial:** 0 _____ 100%

Clasificación confirmada Sí/ No

Más tests (si es necesario)

Movimientos Repetidos: _____

Otros tests: _____

Clasificación corregida (si es apropiado):

Derangement Disfunción Postural OTROS (subgrupo) _____

Tratamiento hoy:

Educación: _____

Tratamiento Mecánico: _____

Plan: _____

Barreras de la recuperación: _____

Equipamiento proporcionado: Rodillo Lumbar _____ Rodillo Cervical _____

TYOB/TYON/TYOS/TYOK _____ Rodillo Nocturno _____