



INSTITUTO McKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha nac. _____ Edad _____

Remitido por: Dr. / Él / Otro _____

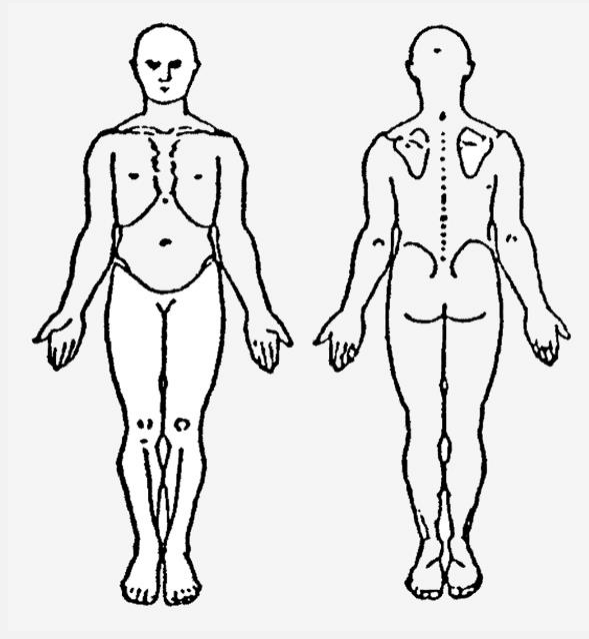
Actividad laboral _____

Actividades de ocio _____

Limitación funcional en este episodio _____

Resultado del test _____

Puntuación NPRS (0-10) _____



Síntomas presentes _____

Presentes desde _____ mejorando / sin cambios / empeorando

Comenzaron por _____ sin razón aparente

Síntomas al inicio _____ Parestesia: sí / no

Antecedentes de columna _____ 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: Mejor Peor 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

Historia previa _____

Tratamientos previos _____

Medicación _____

Salud general / Comorbilidades: _____

_____ Cirugía reciente / relevante: sí / no _____

Historia de cáncer: sí / no _____ Pérdida inexplicada de peso: sí / no _____

Historia de trauma: sí / no _____ Radiología: sí / no _____

Objetivos / expectativas del paciente: _____

EXPLORACIÓN

OBSERVACIÓN POSTURAL

Sentado: *lordótico / neutro / cifótico* Cambio de postura: *mejor / peor / no efecto* Bipedestación: *lordótico / neutro / cifótico*

Otras observaciones: _____

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: NA / motor / sensitivo / reflejos / neurodinámica _____

REFERENCIA: Dolor o actividad funcional _____

EXTREMIDADES *cadera / rodilla / tobillo / pie* _____

PÉRDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Dolor		Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión						Aducción / Inversión					
Extensión						Abducción / Eversión					
Flexión Dorsal						Rotación Interna					
Flexión Plantar						Rotación Externa					
Otro:						Otro:					

Movimiento Pasivo: anotar síntomas, rango y +/- sobrepresión: _____

	PDM	ERP

Respuesta dolorosa al test resistido _____
Otros tests / posiciones mantenidas _____

COLUMNA

Pérdida de movimiento _____

Efecto de movimientos repetidos _____

Efecto de posiciones mantenidas _____

Test de columna *no relevante / relevante / problema secundario* _____

Síntomas de Referencia _____

Tests Repetidos	Respuesta Sintomática		Respuesta Mecánica	
	Durante Produce, Abole, 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				

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL **Extremidades** **Columna**
Derangement _____ Dirección de Preferencia _____
Disfunción: Articular / Contráctil _____ **Postural** **OTROS:** subgrupo: _____

POTENCIALES DRIVERS DE DOLOR Y/O DISCAPACIDAD Comorbilidades Cognitivo – Emocional Contextual
Descripción: _____

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

Educación _____

Tipo de ejercicio _____ Frecuencia _____

Otros ejercicios / intervenciones _____

Objetivos del tratamiento _____

_____ Firma _____