



FICHA DE REEVALUACIÓN MDT

Fecha _____ Nombre _____ Visita número _____

Comprobación del tratamiento:

Cambio Postural: Sí / No

Realizando ejercicios: Sí / No

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

Técnica: Buena / Necesita corrección

Cumplimiento / Compromiso Excelente / Bueno / Regular / Malo

Presentación Sintomática:

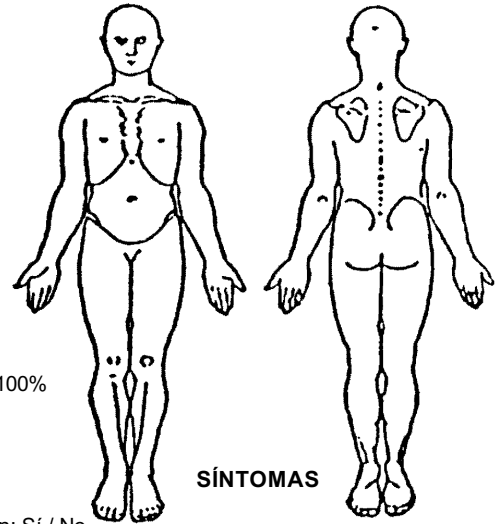
Localización dolor: Centralizado / Igual / Periferalizado _____

Frecuencia: Mejor / Igual / Peor

Intensidad: 0 _____ 10
Mejor / Igual / Peor

Estado funcional: % mejoría desde la valoración inicial: 0 _____ 100%

Cuestionario funcional: _____



Presentación mecánica:

Postura sentado: Consistente con el plan: Sí / No Postura de pie: Consistente con el plan: Sí / No

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): _____

Tratamiento hoy:

Educación: _____

Tratamiento: _____

Plan: _____

Drivers de dolor y/o discapacidad: _____

Equipamiento proporcionado: Rodillo Lumbar _____ Rodillo Cervical _____

TYOB / TYON / TYOS / TYOK _____ Rodillo Nocturno _____ Firma _____