



INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE LA COLUMNA TORÁCICA

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F _____

Dirección _____

Teléfono _____

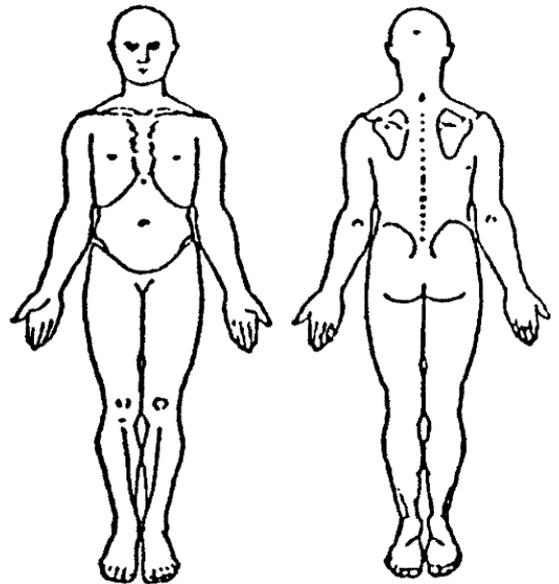
Fecha nac. _____ Edad _____

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 _____

Síntomas constantes _____ Síntomas intermitentes _____

Peor *flexionando* *sentando / levantarse* *girando cuello / tronco* *de pie* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento*
 otro _____

Mejor *flexionando* *sentando / levantarse* *girando cuello / tronco* *de pie* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento*
 otro _____

Dolor nocturno: *sí / no* Posturas al dormir: *prono / sup / de lado D / I* Almohadas: _____

Historia previa en columna _____

Tratamientos previos _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Tos / estornudo / respiración profunda _____ Marcha / Miembros superiores: *normal / anormal*

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 / creencias del paciente: _____

EXPLORACIÓN

OBSERVACIÓN POSTURAL

Sentado: *erguido / neutro / relajado* Cabeza protruida: *sí / no* Cambio de postura: *mejor / peor / no efecto* _____
 Bipedestación: *neutra / cifótica* _____
 Otras observaciones / medidas de referencia funcionales: _____

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (miembros superiores e inferiores)

Déficit motor _____ Reflejos _____
 Déficit sensitivo _____ Tests neurdinámicos _____

TEST DE MOVIMIENTOS REPETIDOS DE COLUMNA CERVICAL

PÉRDIDA MOVS.	Gran	Mod	Min	No	Síntomas
Flexión					
Extensión					
Rotación D					
Rotación I					
Otro					

Rep Pro _____
 Rep Ret _____
 Rep Ret Ext _____
 Rep LF – D _____
 Rep LF – I _____
 Rep ROT – D _____
 Rep ROT – I _____
 Rep Flex _____

TEST DE MOVIMIENTOS **Describe el efecto en el dolor presente – Durante:** Produce, Abole, Aumenta, Disminuye, No Efecto, Centralizando, Periferalizando. **Después:** Mejor, Peor, No Mejor, No Peor, No Efecto, Centralizado, Periferalizado.

Síntomas durante el test	Síntomas después del test	Respuesta mecánica	
		Efecto - ↑ o ↓ ROM o test funcional principal	No efecto
Síntomas pretest sentado _____			
FLEX _____			
Rep FLEX _____			
EXT _____			
Rep EXT _____			
Síntomas pretest tumbado _____			
EIL (prono) _____			
Rep EIL (prono) _____			
EIL (supino) _____			
Rep EIL (supino) _____			
Síntomas pretest sentado _____			
ROT – D _____			
Rep ROT – D _____			
ROT – I _____			
Rep ROT – I _____			
Otros movimientos _____			

TESTS ESTÁTICOS Flex / Ext / Rotación / Otro _____ **OTROS TESTS** _____

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Derangement Central o simétrico _____ Unilateral o asimétrico _____
 Dirección de Preferencia: _____
Disfunción: Dirección _____ **Postural** **OTROS** subgrupo: _____

POTENCIALES INDUCTORES DE DOLOR Y/O DISCAPACIDAD

Comorbilidades Cognitivo – Emocional Contextual
 Descripción: _____

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

Educación _____
 Tipo de ejercicio _____ Frecuencia _____
 Otros ejercicios / intervenciones _____
 Objetivos tratamiento _____

_____ Firma _____