



INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES

Fecha _____

Nombre _____ Id. Género _____

Fecha nac. _____ Edad _____

Remitido por: *Dr. / Él / Otro* _____

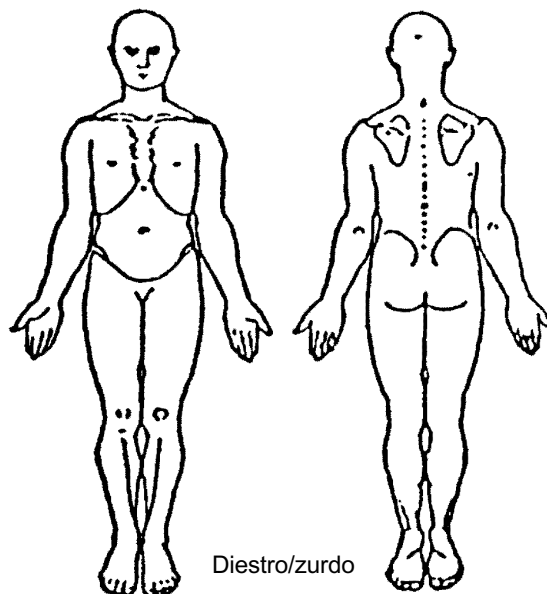
Actividad laboral _____

Actividades de ocio _____

Limitación funcional en este episodio _____

Resultado del test _____

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* *girando cuello* *vestirse* *elevantar brazo* *apretar*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento* *durmiendo: prono / sup / lado D / I*
otros _____

Mejor *flexionando* *sentado* *girando cuello* *vestirse* *elevantar brazo* *apretar*
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: *cuello / hombro / codo / muñeca / mano*

Otras preguntas: *inflamación* *enganche/ chasquido / bloqueo* *subluxación*

Historia previa _____

Tratamientos previos _____

Medicación _____

Salud general / Comorbilidades: _____

_____ *Cirugía reciente / relevante: sí / no* _____

Historia de cáncer: *sí / no* _____ *Pérdida de peso inexplicable: sí / no* _____

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

Objetivos y expectativas del paciente: _____

EXPLORACIÓN

OBSERVACIÓN POSTURAL

Sentado: *erguido / neutro / encorvado* Cambio postura: *no efecto / efecto* Bipedestación: *lordótico / neutro / cifótico*
 Otras observaciones: _____

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

REFERENCIA: Dolor o actividad funcional _____

EXTREMIDADES *hombro / codo / muñeca / mano* _____

PÉRDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Síntomas
Flexión					
Extensión					
Supinación					
Pronación					
Otro:					

	Gran	Mod	Min	No	Síntomas
Aducción / Deviación cubital					
Abducción / Deviación radial					
Rotación interna					
Rotación externa					
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 de... Mejor, Peor, NM, NP, NE	Efecto ↑ o ↓ ROM, fuerza o test funcional clave	No Efecto
Movimiento activo/pasivo, test resistido, test funcional				

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Extremidades

Columna

- Patología grave: _____ Condición médica: _____
 Derangement *Dirección de Preferencia:* _____ Disfunción articular Patología mecánica atípica
 Síndrome de dolor crónico Disfunción contráctil Artropatía inflamatoria / Artritis Alteración del nervio periférico Postcirugía
 Síndrome postural Proceso patológico de tejidos blandos Compromiso estructural Trauma / Trauma en recuperación

Subgrupo de la clasificación / descripción _____

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 _____