



INSTITUTO McKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL

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 / Puntuación _____

NPRS (0-10) _____

Síntomas presentes _____

Presentes desde _____ mejorando / sin cambios / empeorando

Comenzaron por _____ sin razón aparente

Síntomas al inicio: *cuello / brazo / antebrazo / cabeza* _____

Síntomas constantes: *cuello / brazo / antebrazo / cabeza* _____ síntomas intermitentes: *cuello / brazo / antebrazo / cabeza* _____

Peor *flexionando sentado girando cuello tumbado/ levantarse*
 am / conforme pasa el día / pm quieto / en movimiento
 otro _____

Mejor *flexionando sentado girando cuello 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 de columna _____

Tratamientos previos _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Mareos / zumbidos / náusea / visión / habla _____ *marcha / miembros superiores: normal / anormal*

Medicaciones: _____

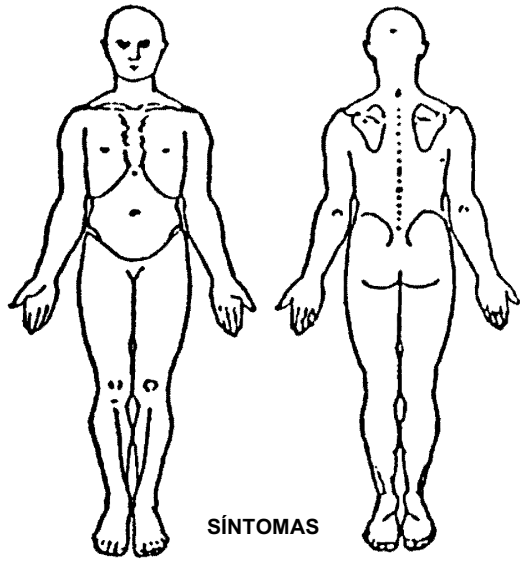
Salud general / Comorbilidades: _____

_____ 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 / relajado* Cabeza protuida: *sí / no* Desviación lateral: *derecha / izquierda / no*
 Cambio de postura: *no efecto / efecto* _____ Desviación lateral relevante: *sí / no*
 Otras observaciones / medidas de referencia funcionales: _____

NEUROLÓGICA

Déficit motor _____ Reflejos _____
 Déficit sensitivo _____ Test neurodinámicos _____

PERDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Síntomas
Protrusión					
Flexión					
Retracción					
Extensión					

	Gran	Mod	Min	No	Síntomas
Flexión lateral D					
Flexión Lateral I					
Rotación D					
Rotación I					

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

	Respuesta sintomática		Respuesta mecánica	
	Durante el test	Después del test	Efecto - Cambio en ROM o test funcional principal	No efecto
Síntomas Pretest sentado				
PRO				
Rep PRO				
RET				
Rep RET				
RET EXT				
Rep RET EXT				
Síntomas Pretest tumbado				
RET				
Rep RET				
RET EXT				
Rep RET EXT				
Síntomas Pretest				
LF - D				
Rep LF - D				
LF - I				
Rep LF - I				
ROT - D				
Rep ROT - D				
ROT - I				
Rep ROT - I				
FLEX				
Rep FLEX				
Otros movimientos				

TEST ESTÁTICOS *Pro / Ret / Flex / Otro* _____ **OTROS TESTS** _____

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

- Patología grave: _____ Condición médica: _____
- Derangement *Dirección preferencia:* _____ Central o simétrico Unilateral o asimétrico por encima del codo Unilateral o asimétrico por debajo del codo
- Disfunción articular / ANR Patología mecánica atípica Síndrome del dolor crónico Artropatía inflamatoria/artritis Postcirugía
- Síndrome postural Síndrome radicular sin DP Estenosis de columna Compromiso estructural Trauma / Trauma en recuperación

Subgrupo de 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 de tratamiento _____
 _____ Firma _____