



INSTITUTO McKENZIE INTERNACIONAL VALORACIÓN DE LA COLUMNA TORÁCICA

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 _____

Síntomas constantes _____ *síntomas intermitentes* _____

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

Mejor *flexionando* *sentado / 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 de columna _____

Tratamientos previos _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Tos / estornudo / respiración profunda _____ *marcha / miembros superiores: normal / anormal*

Medicación: _____

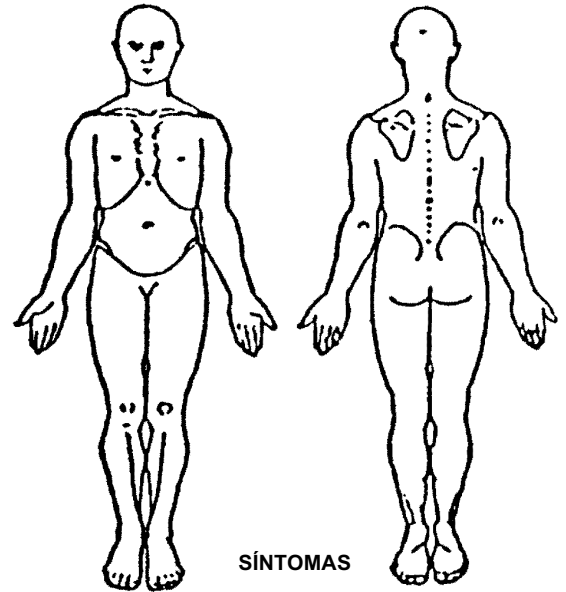
Salud general / Comorbilidades: _____

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

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

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

Objetivo y expectativas del paciente: _____



EXPLORACIÓN

OBSERVACIÓN POSTURAL

Sentado: *erguido / neutro / relajado* Cabeza protuida: *sí / no* Cambio de postura: *no efecto / efecto* _____

Bipedestación: *neutra / cifótica* _____

Otras observaciones / medidas de referencia funcionales: _____

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (miembros superiores e inferiores)

Déficit motor _____ Reflejos _____

Déficit sensitivo _____ Tests neurodinámicos _____

TES DE MOV. 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 MOVIMIENTOS Describe el efecto en el dolor presente – Durante: produce, elimina, aumenta, disminuye, no efecto, centralizando, periferalizando. Después: mejor, peor, no mejor, no peor, no effect, centralizado, periferalizado

	Respuesta sintomática		Respuesta mecánica	
	Durante el test	Después del test	Efecto - Cambio en 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 _____				
ROT - D _____				
Rep ROT - D _____				
ROT - I _____				
Rep ROT - I _____				
Otros movimientos _____				

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

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Patología grave: _____ Condición médica: _____

Derangement *Dirección de Preferencia:* _____ Central o simétrico Unilateral o asimétrico

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disfunción articular / ANR | <input type="checkbox"/> Patología mecánica atípica | <input type="checkbox"/> Síndrome de dolor crónico | <input type="checkbox"/> Artropatía inflamatoria/artritis | <input type="checkbox"/> Postcirugía |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Postural | <input type="checkbox"/> Síndrome Radicular sin DP | <input type="checkbox"/> Estenosis de columna | <input type="checkbox"/> Compromiso estructural | <input type="checkbox"/> 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 _____