



INSTITUTO McKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

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 / levantarse / primeros pasos de pie caminando escaleras sentadilla / arrodillado*
am / conforme pasa el día / pm quieto / en movimiento durmiendo: prono / sup / lado D / I
 Otros _____

Mejor *flexionando sentado de pie caminando escaleras sentadilla / arrodillado*
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: espalda / cadera / rodilla / tobillo / pie*

Otras Preguntas: *inflamación enganche/ chasquido / bloqueo fallo / debilidad*

Historia previa _____

Tratamientos previos _____

Medicación _____

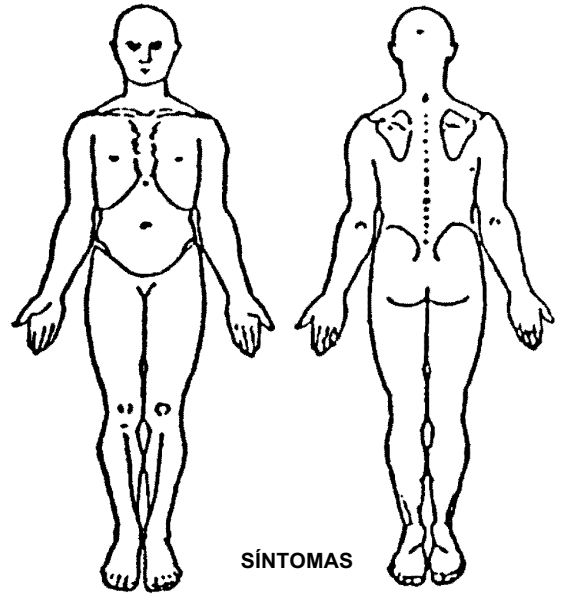
Salud general / Comorbilidades: _____

_____ *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: *lordótico / neutro / cifótico* Cambio de postura: *no efecto / efecto* _____

Otras observaciones: _____

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

REFERENCIA: Dolor o actividad funcional _____

EXTREMIDADES *cadera / rodilla / tobillo / pie* _____

PÉRDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión					
Extensión					
Flexión Dorsal					
Flexión Plantar					
Otro:					

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Aducción / Inversión					
Abducción / Eversión					
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 Mejor, Peor, NB, NW, 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 Patología 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 _____