

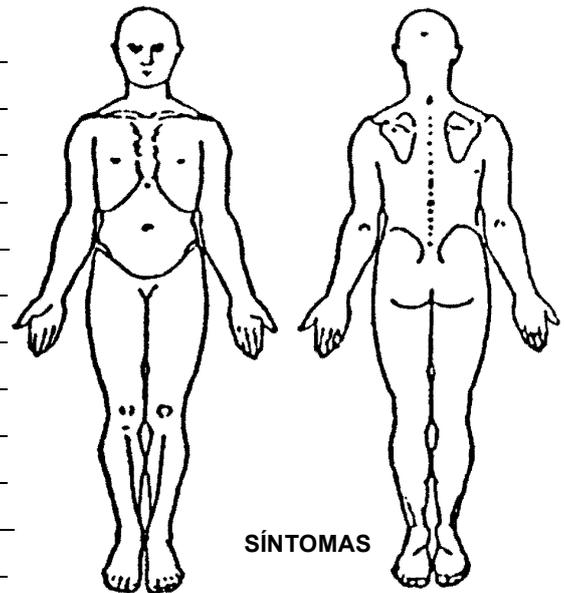


INSTITUTO INTERNACIONAL MCKENZIE

VALORACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR

Fecha _____
Nombre _____ Sexo M / F _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fecha Nac. _____ Edad _____
Remito por Dr./Él/Otro / _____
Trabajo: Estrés mecánico _____

Ocio: Estrés mecánico _____
Incapacidad funcional en este episodio _____
Puntuación Incapacidad funcional _____
Puntuación EVA (0-10) _____



HISTORIA

Síntomas presentes _____
Presentes desde _____ *mejorando /sin cambios/ empeorando*
Comenzaron por _____ *o sin razón aparente*
Síntomas al inicio: *esp / muslo / pierna* _____
Síntomas constantes: *esp/muslo/pierna* _____ Síntomas Intermitentes *esp/ muslo/ pierna*
Peor *flexionando* *sentado / levantarse* *de pie* *caminando* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento*
otros _____
Mejor *flexionando* *sentado* *de pie* *caminando* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto/ en movimiento*
otros _____
Molesta al dormir *Sí / No* Posturas dormir: *prono / sup / de lado D / I* Colchón: *firme/blando/muy blando*
Episodios previos 0 1-5 6-10 11+ Año primer episodio _____
Historia previa _____
Tratamiento previo _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Tos / estornudar / hacer fuerza / +vo / -vo Esfínteres: *normal / anormal* Marcha: *normal / anormal*
Medicación: *No / AINES / Analg / Esteroides / Anticoag / Otros* _____
Salud General: *Buena / Reg / Mala* _____
Radiología: *Sí / No* _____
Cirugía importante o reciente: *Sí / No* _____ Dolor noche: *Sí / No* _____
Accidentes: *Sí / No* _____ Pérdida inexplicada de peso: *Sí / No* _____
Otros: _____

