



INSTITUTO INTERNACIONAL McKENZIE

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha Nac. _____ Edad _____

Remitido por: Dr. / Él / Otros _____

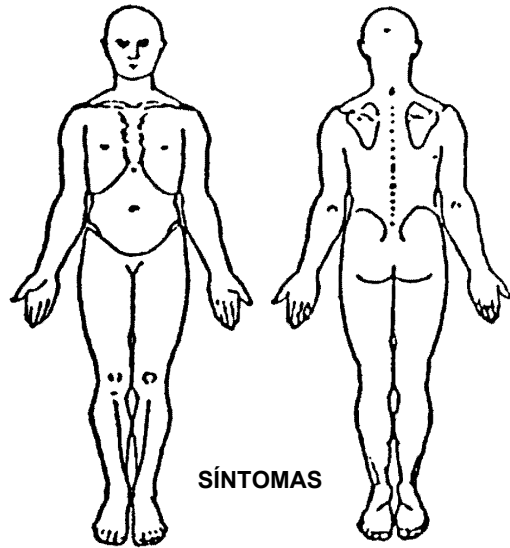
Trabajo: Estrés Mecánico _____

Ocio: Estrés Mecánico _____

Incapacidad funcional en este episodio _____

Puntuación en incapacidad funcional _____

Puntuación EVA (0-10) _____



HISTORIA

Síntomas presentes _____

Presentes desde _____ *mejorando/ sin cambios/ empeorando*

Comenzaron por _____ *o sin razón aparente*

Síntomas al inicio _____ *Parestesia: Sí / No*

Historia problemas espalda _____ *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: *Mejora Empeora No Efecto Molesta de noche Sí / No*
 Dolor en reposo *Sí / No* Lugar: *Espalda/ Cadera/ Rodilla /Tobillo/ Pie*
 Otras Preguntas *Inflamación Chasquido / Bloqueo Fallo / Debilidad*

Episodios previos _____

Tratamientos previos _____

Salud General: *Buena / Regular / Mala* _____

Medicación: *No / AINES / Analg / Esteroides / Anticoag / Otros* _____

Radiología: *Sí / No* _____

Cirugía importante o reciente: *Sí / No* _____ Dolor noche: *Sí / No* _____

Accidentes: *Sí / No* _____ Pérdida inexplicada de peso: *Sí / No* _____

Resumen *Agudo / Sub-agudo / Crónico Trauma / Comienzo gradual*

Zonas a explorar *Espalda/Cadera/Rodilla/Tobillo/Pie* Otros: _____

EXPLORACIÓN

POSTURA

Sentado *Bien / Reg / Mal* Corrección de la Postura: *Mejor / Peor / No Efecto / NA* De pie: *Bien / Reg / Mal*
 Otras Observaciones: _____

NEUROLÓGICO: *NA / Motor / Sensitivo / Reflejos / Dural* _____

REFERENCIA (dolor o actividad funcional): _____

EXTREMIDADES *Cadera / Rodilla / Tobillo / Pie*

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

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Adducción/Inversión					
Abducción/Eversión					
Rotación Interna					
Rotación Externa					

Movimiento Pasivo (+/- sobrepresión) (anotar síntomas y amplitud): _____

	PDM	ERP

Respuesta al Test Resistido (dolor) _____

Otros Tests _____

COLUMNA

Pérdida de movimiento _____

Efecto de movimientos repetidos _____

Efecto de posición mantenida _____

Test de columna *No relevante / Relevante / Problema secundario* _____

Síntomas de Referencia _____

Tests Repetidos	Respuesta Sintomática		Respuesta Mecánica	
	Durante – Produce, Elimina, 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				
Efecto de posición mantenida				

CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Disfunción – Articular _____

Derangement _____

OTROS _____

Extremidades

Columna

Contráctil _____

Postural _____

PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación _____

Ejercicio y Pauta _____

Objetivos Tratamiento _____

Material Proporcionado _____