

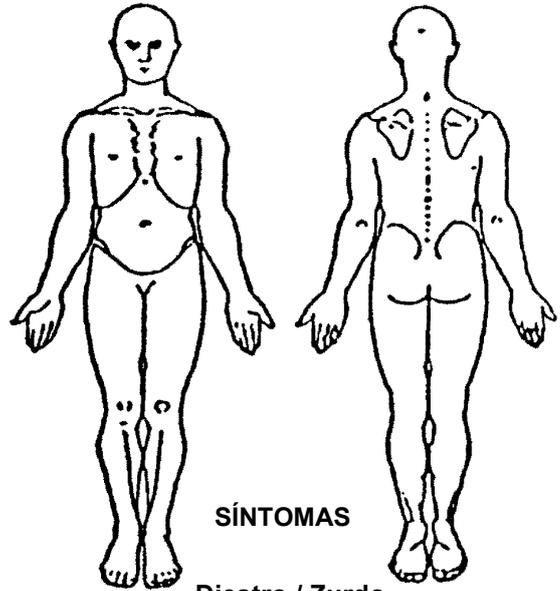


INSTITUTO INTERNACIONAL McKENZIE

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES SUPERIORES

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	<i>flexionando</i>	<i>sentado</i>	<i>girando cuello</i>	<i>vestirse</i>	<i>elevar brazo</i>	<i>apretar</i>
	<i>am / conforme pasa el día / pm</i>		<i>quieto /en movimiento</i>		<i>Durmiendo: prono / sup / lado D / I</i>	
	<i>Otros</i> _____					
Mejor	<i>flexionando</i>	<i>sentado</i>	<i>girando cuello</i>	<i>vestirse</i>	<i>elevar brazo</i>	<i>apretar</i>
	<i>am / conforme pasa el día / pm</i>		<i>quieto / en movimiento</i>		<i>Durmiendo: prono / sup / lado D / I</i>	
	<i>Otros</i> _____					

Con el uso continuado, el dolor: *Mejora* *Empeora* *No Efecto* *Molesta de noche* *Sí / No*
 Dolor en reposo *Sí / No* Lugar: *Cuello/ Hombro/ Codo / Muñeca/ Mano*
 Otras Preguntas *Hinchazón* *Se engancha/Chasquido/Bloqueo* *Subluxación*

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 *Cuello / Hombro / Codo / Muñeca / Mano* 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 *Hombro / Codo / Muñeca / Mano*

PÉRDIDA MOV.	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión					
Extensión					
Supinación					
Pronación					

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Adducción/Desv. Cubital					
Abducción/Desv. Radial					
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 _____