



Nº 168-2012-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

## Resolución Directoral

Bellavista, 20 de JULIO del 2012

Visto el expediente N°005301 e Informe N°422-2012-DEIDRIFMOT/INR del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

### CONSIDERANDO:

Que, con documentos del Visto, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", eleva a la Dirección General los proyectos de Formatos de Historia Clínica; para pacientes de los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor y el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales que se adicionarán a la Historia Clínica aperturada en Admisión- Oficina de Estadística e Informática de la Institución;

Que, los citados formatos, ha sido revisados por el Comité de Historias Clínicas y la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, en tal sentido, resulta por conveniente proceder a la aprobación de los formatos propuestos y por tanto corresponde emitir la resolución de aprobación correspondiente; para su aplicación en el ámbito de los Departamentos citados en el primer considerando de la presente resolución, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

De conformidad con la Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA, que aprueba la NT N°022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación;

Estando a lo propuesto;

Con la visación de la Sub Dirección General, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, Comité de Historias Clínicas y Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

### SE RESUELVE:

**Artículo 1º.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LESIONES CENTRALES**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de cinco (05) folios.



Dra. Carmen Cifuentes G.



Dr. BELAR W.



Dr. A. QUINTANA G.





Dra. Carmen Cifuentes G.

**Artículo 2°.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES MEDULARES**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de doce (12) folios.



Dr. BEJAR V.

**Artículo 3°.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de seis (06) folios.



Dr. A. QUINTANA G.

**Artículo 4°.-** Aprobar el **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN AMPUTADOS, QUEMADOS Y TRASTORNOS POSTURALES**, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, que consta de diez (10) folios.

**Artículo 5°.-** Disponer que los formatos aprobados, que forman parte de la presente resolución, se adicionen a la Historia Clínica que se apertura en Admisión- Oficina de Estadística e Informática de la Institución, según corresponda.

**Artículo 6°.-** Notificar la presente resolución a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motora y Dolor y el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Amputados, Quemados y Trastornos Posturales; para conocimiento y aplicación en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,



Dr. FERNANDO URCIA FERNANDEZ  
Director General  
Instituto Nacional de Rehabilitación  
"Dra. Adriana Rebaza Flores"  
CMP N° 16500 RNE N° 6819

FAUF/ec.  
R.D.126-2012  
DEIDRIFMOTORAS  
Unidades orgánicas asistenciales  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Historias Clínicas  
Responsable de la Página Web INR



**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION  
INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR (DIDRIUMD)**

**HISTORIA CLINICA**

NOMBRE		EDAD	SEXO		
DIRECCION		TELEFONO			
PROCEDENCIA	INSTRUCCIÓN: Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnica: Superior: Especial:				
RAZA: MESTIZA ( ) BLANCA ( ) NEGRA ( ) ASIATICA ( ) OTRA .....					
RELIGION: CATÓLICA ( ) OTRA ..... NINGUNA ( )					
TRABAJO U OCUPACION HABITUAL	Nº H.C.	FECHA	HORA	MEDICO	

**ANAMNESIS**

Anotar NO Precisado si no hay información referida

**MOTIVO DE CONSULTA**

---

**ANTECEDENTES GENERALES** 1.-Vivienda ( ) Hábitos negativos: 2.- Alcohol ( ), 3.- Tabaco ( ) 4.- Droga ( ) 5.- Café ( ) 6.-Otro antecedente ( ), 7.-Ninguno ( ).

---

**ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS** 1.-Retraso del DPM ( ), 2.-Transt. crecimiento ( ) 3.-Menarquia ( ) 4.-Fecha de última regla ( ) 5.- Gestaciones ( ) Nro. \_\_\_\_ 6.-Menopausia ( ) 7.- Otro ( ), 8.-Ninguno ( ).

---

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:** 1.-HTA ( ), 2.-TBC ( ), 3.- Tifoidea ( ) 4.-Brucell ( ) 5.-DBM ( ) 6.-Hipercolesterolemia ( ) 7.- Cirugía ( ), 8.-Trauma ( ), 9.- Enferm.Reumática ( ). 10.-Hipersensibilidad ( ), 11.- Tumores ( ) 12.- Tratamiento ( ) 13.- Ortéticos ( ) 14.- Otro ( ), 15.- Ninguno ( ).

---

**ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS:** 1.-DPT ( ), Refuerzo ( ) 2. Hepatitis ( )..... 3.- FIEBRE AMARILLA ( ) 4. Otro ( ).....5.-Ninguno ( )

---

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:** 1.-Viajes ( )..... 2. Enfermedades Infectocontagiosas ( )..... Personales..... Área laboral..... 3.- Otro ( )..... 5.-Ninguno ( )

---

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES:** 1.-Ocupación ..... 2.-Sobre esfuerzo repetitivo ( ), 3.-Postura Inadecuada ( ) 4.-Posturas prolongadas ( ) 5.-Sobre esfuerzo inadecuado ( ) 6.-Sedentarismo ( ) 7.-Uso de ayuda o protección ..... 8.-Otros ( ) 9.-Ninguno ( ).

---

**ANTECEDENTES FAMILIARES** (Anotar lo importante según criterio)  
1.-DBM ( ) 2.- Miopatías ( ) 3.-HTA ( ) 4.-Otro ( ) 5.- Ninguno.

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.:



### ENFERMEDAD ACTUAL

Episodio Actual: Primer episodio ( ) Repetición Nro.: .....

Tiempo de Enfermedad: Fecha de inicio: ..... Duración: .....

Forma de inicio: ( ) Brusco ( ) Lento ( ) Insidioso

**Etiología:** 1.-Esfuerzo repetitivo ( ), 2.- Esfuerzo Exagerado ( ), 3.- Fractura ( ), 4.- Compresión ( )  
5.- Atricción ( ), 6.Herida contusa ( ), 7.- Herida cortante ( ), 8.-Herida punzante ( ),  
9.-Quirúrgica ( ), 10-Diabetes M.( ), 11.-PAF ( ), 12.-Herpes Zoster ( ), 13.- Niega ( ),  
14. Otro ( ).....

**Curso:** 1.-Progresivo ( ) 2.- Estacionario ( ) 3.- Ondulante ( ) Regresivo ( ) 4.- Espontáneo ( ) 5.-  
Con medicación ( ) 6.- Con reposo ( ) 7.- Con rehabilitación ( ), Otro ( ).

**DOLOR:** SI ( ) NO( )

**Localización:**.....

**Tipo:** (Según Escala de Mc Hill modificada, Instructivo 1).

**Intensidad:** (Según Escala análoga visual, Instructivo 2).

**Desencadenante:** 1.-Presente ( ) 2.-Ausente ( )

**Agravante:** 1.-Posturales ( ) 2.- Marcha ( ) 3.- Otro ( ) 4.- Ninguno ( ).....

**Alivio o cese:** 1.-Modificación ( ) 2.- Reposo ( ) 3.-Posturas ( ) 4.-Ortesis ( ) 5.-Otros ( )  
6.- Ninguna ( ).....

**Irradiación:** 1.-Irradiado ( ) 2.-No irradiado ( ).

**Referencia:** 1.-Referido ( ) 2.-No referido ( ).

**Síntomas Inflamatorios:** 1.-Presentes ( ) 2.-Ausentes ( ).

**Otro:**.....

**Síntomas Neurológicos:** 1.-Del movimiento ( ) 2.-De la fuerza muscular ( ). 3.-De la sensibilidad ( )  
4.-Del trofismo ( ) 5.-Otro ( ) 6.-Ninguno ( ).

**Otros síntomas:** 1.-Inflamatorios ( ) 2.-Ginecológicos ( ) 3.-Urológicos ( ) 4.-Abdominales ( ) 5.-  
Otro ( ) 6.-Ninguno ( ).

**Deficiencias en las Funciones Biológicas** 1.-Apetito ( ) 2.- Sed ( ) 3.- Orina ( ) 4.- Deposiciones ( )  
5.- Sueño ( ) 6.- Función sexual ( ) 7.- Otra ( ) 8.- Ninguna ( ).

**Discapacidades en las Actividades de Vida Diaria:** 1.-Cambios posturales ( ) 2.- Desplazamiento en  
el hogar ( ) 3.- Alimentación ( ) 4.- Vestido ( ) 5.- Higiene ( ) 6.- Tareas del hogar ( ) 7.-  
Desplazamiento fuera del hogar ( ) 8.- Estado ( ) 9.- Trabajo ( ) 10.-Otra ( ) 10.-Ninguna ( ).

### EXAMEN CLINICO

COLABORACION Adecuada ( ) Otra conducta:.....

ESTADO GENERAL B ( ) R ( ) M ( ) Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

FUNCIONES VITALES PA:..... FR:..... FC: ..... PULSO.....

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.:



**DOLOR:** Localización (Referirse al segmento o segmentos comprometidos).

**Desencadenante:** 1.- Mov. pasivo ( ), 2.- Mov. activo ( ), 3.- Sedestación ( ), 4.- Cambio postural ( ), 5.- Marcha ( ), 6.- Esfuerzo articular ( ), 7.- Otro ( )..... 8.- El dolor es permanente ( ), 9.- Ninguno ( ).

**Signos Clínicos:** 1.- Articulares ( ), 2.-Radiculares cervicales ( ), 3.-Radiculares dorsales ( ), 4.-Radiculares lumbares ( ), 5.-Dolor óseo ( ), 6.-Dolor muscular ( ), 7.-Dolor tendinoso ( ), 8.-Dolor de ligamentos ( ), 9.-Dolor neurológico ( ), 10.-Puntos gatillo ( ), 11.-Otro ( ), 12.-Ninguno ( ).

**Discapacidades Asociadas:** 1.- En los cambios posturales ( ), 2.- En la locomoción ( ), 3.- En la proximación de los Ms.Ss. ( ), 4.- En la función de la mano (puño, garra, pinza) ( ), 5.- En uso de gradas ( ), 6.- Otra ( ), 7.- Ninguna ( ).

**OTROS SIGNOS:**

**Generales:** 1.- Desnutrición ( ), 2.- Obesidad ( ), 3.- Cardiovasculares ( ), 4.- Respiratorios ( ), 5.- Digestivos ( ), 6.- Genito urinarios ( ), 7.- Ginecológicos ( ), 8.- De piel y faneras ( ), 9.-Musculoesqueléticos ( ), 10.- Otros ( ), 11.- Ninguno ( ).

**EVALUACION NEUROORTOPEDICA** (Anotar las Deficiencias)

**Marcha:**  
1.-No la ejecuta ( ), MARCHA CON AYUDA. 2.-De otra persona ( ) 3.-De ortesis u otras ayudas biomecánicas ( ), 4.-MARCHA INDEPENDIENTE ( ) 5.-Transtorno del tipo de marcha ( ) 6.-Otro desplazamiento ( ) 7.-Sin alteración ( ).

**MOVILIDAD PASIVA** (Rangos de 0 a 180° por articulación comprometida. Si se requiere seguimiento o hay muchas articulaciones comprometidas, emplear ficha de seguimiento (Anexo 1)).

**MOVILIDAD ACTIVA:** (Capacidad de movimientos por segmentos).  
1.-Ms. superiores ( ), 2.-Ms. inferiores ( ), 3.-Tronco ( ), 4.-ATM ( ), 5.-Otra ( ), 6.-Sin alteración ( ).

**FUERZA:** (Graduación de 0 a 5 excepto en cara; 0-3 (instructivo 3)).  
1.-Ms. superiores ( ), 2.-Ms. inferiores ( ), 3.-Tronco ( ), 4.-Otra ( ), 5.-Sin alteración ( ).

**TONO**  
1.-Hipertonía ( ), 2.-Hipotonía ( ), 3.-Distonía ( ), 4.-Otro ( ), 5.-Sin alteración ( ).

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.:



**TROFISMO** (medir perímetros)

1.-Hipertrofia ( ), 2.-Hipotrofia ( ), 3.-Atrofia ( ), 4.-Otro ( ), 5.-Sin alteraciones ( ).

**REFLEJOS** (0:Ausentes, +:Disminuidos, ++:Normales, +++:Aumentados), Sin alteraciones ( ):

	Derecho	Izquierdo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bicipital.</li> <li>• Tricipital.</li> <li>• Est. Radial</li> <li>• Patelar</li> <li>• Aquiliano</li> <li>• CAS</li> <li>• CAM</li> <li>• CAI</li> <li>• Cremasteriano.</li> <li>• Bulbocavernoso</li> </ul>			

**Reflejos Patológicos:**

	PRESENTE	AUSENTE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Babinski</li> <li>• Hoffman</li> <li>• Clonus</li> </ul>	<p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p>	<p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p>	Otro:.....

**SENSIBILIDAD:** 1.-Alterada ( ); usar anexo N°2. ( ), 2.-Sin alteración ( ).

Anestesia ( ).....

Hiperestesia ( ).....

Hipoestesia ( ).....

Parestesia ( ).....

Disestesia ( ).....

**SIGNOS DE ATRAPAMIENTO:**

1.-Tinnel ( ) 2.-Phalen ( ), ( ), 3.-Otro ( ), 4.-Ninguno ( ).

**OTROS SIGNOS:**

1.-Edema ( )....., 2.-Eritema ( )....., 3.- Palidez ( )  
 ..... 4.-Frialdad ( )....., 5.-Calor ( ).....

**ANTROPOMETRIA:**

1.-Acortamiento de miembros inferiores ( ), 2.-Otro ( ), 3.-Sin alteración ( ).

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.:



**COLUMNA VERTEBRAL:** (Especificar: Trastornos funcionales o estructurados).

1.-Cifosis ( ), 2.-Lordosis ( ), 3.-Escoliosis ( ), 4.-Cifo escoliosis ( ), 5.-Inversión de curvas normales ( ), 6.-Signos radiculares ( ), 7.-Signos articulares ( ), 8.-Otros ( ), 9.-Ninguno ( ).

**COORDINACION Y EQUILIBRIO:**

1.-Dismetría ( ), 2.-Adiadococinesia ( ), 3.-Romberg ( ), 4.-Otro ( ), 5.-Sin alteración ( ).

DIAGNOSTICO DE DAÑO						Cod. CIE-10	
ETIOLOGICO							
DEFICIENCIA (S) ASOCIADA (S)	Cod. CIE	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		
DISCAPACIDADES							
PRONOSTICO			B	R	M		
<u>PLAN DE TRABAJO</u>							
EXAMENES DE LABORATORIO:		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		
EXAMENES RADIOLOGICOS:							
RADIOGRAFIAS:							
ECOGRAFIA:							
TOMOGRAFIA:							
RESONANCIA MAGNETICA:							
ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCION							
OTROS							
INTERCONSULTA(S)							

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.:



<b>METAS</b>				
<b><u>TRATAMIENTO</u></b>				
<b>MEDICACION</b>	<b>DOSIS</b>	<b>VIA ADM.</b>	<b>Nº DIAS</b>	<b>OTRO</b>
<b>INDICACION DE DESCANSO MEDICO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MEDIDAS HIGIENICO DIETÉTICAS</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MEDIDAS PREVENTIVAS:</b>				
<b>TERAPIA FISICA ( Nº SESIONES E INDICACIONES)</b>				
<b>TERAPIA OCUPACIONAL ( Nº SESIONES E INDICACIONES)</b>				
<b>PSICOLOGIA</b>				
<b>ORTODONCIA</b>				
<b>NUTRICION</b>				
<b>REHABILITACION PROFESIONAL</b>				
<b>SERVICO SOCIAL</b>				
<b>OTRAS INDICACIONES</b>				
<b>NOMBRE DEL MEDICO</b>	<b>C.M.P.:</b>		<b>R.N.E.:</b>	
	<b>SELLO Y FIRMA</b>			

NOMBRE DEL PACIENTE:

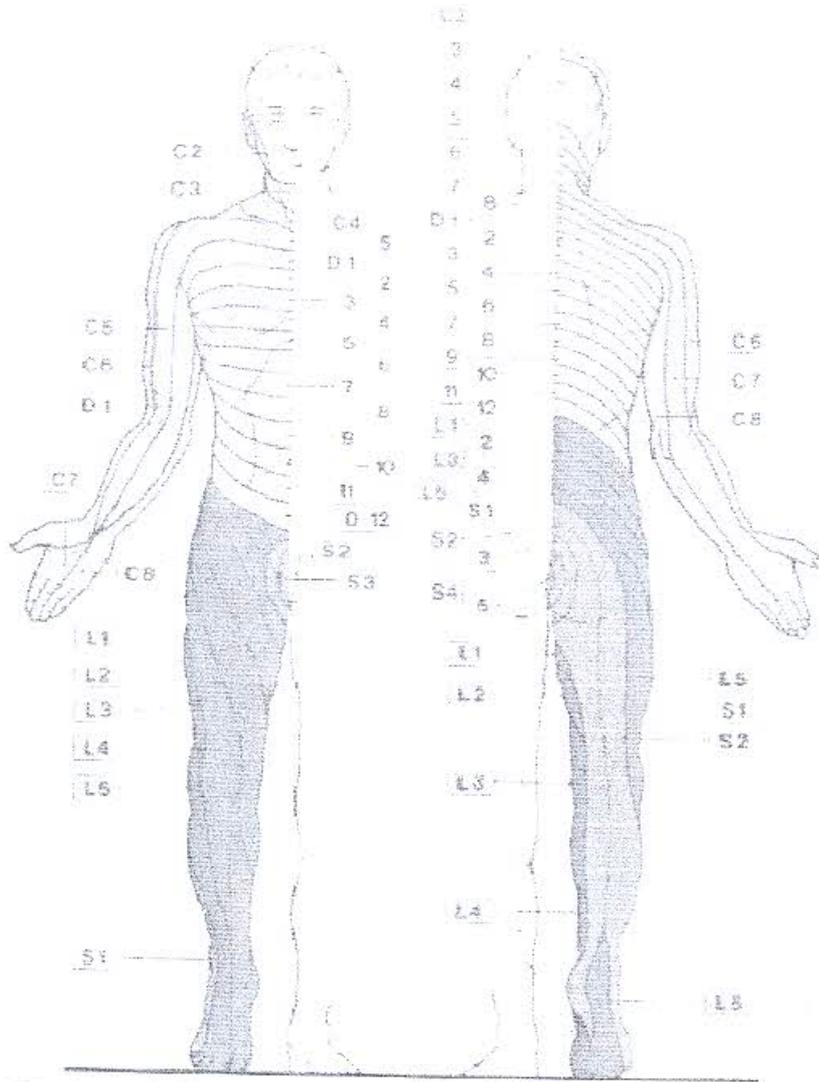
H.C.:



ANEXO N° 1  
TEST DE MOVIMIENTO ARTICULAR

NOMBRE DIAGNÓSTICO:	ZONA/REGIÓN	MENOR	INR	MAYORES	EDAD EVALUACIÓN:
REGION CERVICAL cuello	Flexión	0-45°-50°	(0°-30°)	0°-40°	
	Extensión	0°-45°-75°	(0°-30°)	0°-75°	
	Inclinación lateral	0°-45°	(0°-40°)	5.5°	
REGION DORSOLUMBAR tronco	Flexión	0°-30°	(0°-90°)	0°-10.5°	
	Extensión	10°-0°	(0°-30°)	0-60	
	Inclinación lateral	0°-20°	(0°-20°)	0°-20°±1	
Hombro	Rotación	0°-30°	(0°-30°)	0°-35°	
	Flexión	150°	(0°-150°)	107+7	
	Extensión	45°	(0°-40°)	62+9.5°	
	Abducción	150°	(0°-150°)	184+7	
	Aducción	0°	(0°-30°)	0°	
	Rotación interna	70°	(0°-40°)	0°-69°	
Codo	Rotación externa	90°	(0°-90°)	0°-10.4	
	Flexión	145°	(0°-150°)	0-160	
	Extensión	0°	(150°-0°)	0°	
	Supinación	90°	(0°-80°)	0°-90°	
Muñeca	Pronación	90°	(0°-80°)	0°-85°	
	Flexión	80°	(0°-70°)	76.4+6.3	
	Extensión	70°	(0°-70°)	74.9+6.4	
	Desviación Radial	20°	(0°-20°)	21.5+4	
Articulación carpometacarpiana de 1er dedo	Desviación Cubital	15°	(0°-30°)	16+3.8	
	Flexión dorsal	45°	(0°-15°)	50	
Articulación metacarpofalángica	Extensión	20°	(0°-50°)	0	
	Flexión				
	1er dedo	50°	(0°-70°)	0°-50°	
	2do dedo	90°	(0°-90°)	0°-80°	
	3er dedo	90°	(0°-90°)	0°-91°	
	4to dedo	90°	(0°-90°)	0°-99°	
	5to dedo	90°	(0°-90°)	0°-105°	
	Extensión				
	1er dedo	0°	(0°-20°)	0°	
	2do dedo	0°	(0°-20°)	22°	
	3er dedo	0°	(0°-20°)	18°	
	4to dedo	0°	(0°-20°)	23°	
5to dedo	0°	(0°-20°)	19°		
IFP	Flexión	100		102/105/108/106	
	Extensión	0		7/9/6/9	
IFD	Flexión	70		72/71/63/65	
	Extensión	0		8	
Cadera	Flexión	125°	(0°-100°)	120°-140°	
	extensión	10°	(0°-40°)	10°-20°	
	abducción	45°	(0°-30°)	46°	
	aducción	20°	0°-20°		
	Rotación interna	45°	(0°-40°)	45°	
Rodilla	Rotación externa	45°	(0°-50°)	30°-40°	
	Flexión	140°	(0°-150°)	120°-140°	
Tobillo	Extensión	0	(0°-150°)	140°-0°	
	Flexión dorsal	20°	(0°-20°)	30/27+7.6	
Pie	Flexión plantar	45°	(0°-40°)	40/34.3+12.0	
	Inversión	40°	(0°-30°)	40/37+4.5	
	Eversión	20°	(0°-20°)	30/21+5	
Dedo gordo	Flexión dorsal		(0°-30°)	35	
Articulación metatarsofalángica	Flexión dorsal				
	1er dedo		(0°-50°)		
	2do dedo		(0°-40°)		
	3er dedo		(0°-30°)		
	4to dedo		(0°-20°)		
	5to dedo		(0°-10°)		
	Flexión plantar				
	1er dedo		(0°-40°)		
	2do dedo		(0°-30°)		
	3er dedo		(0°-20°)		
4to dedo		(0°-10°)			
5to dedo		(0°-10°)			

ANEXO N° 2



# INSTRUCTIVO N° 1



## Cuestionario de Dolor de Mc Gill - Modificado

Nombre:

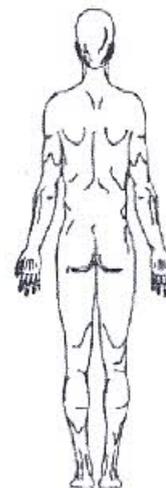
Edad:

Sexo:

Diagnostico:

Instrucciones: Si alguna palabra de las 14 categorías describe su dolor, haga una marca en la línea contigua.

- |   |   |
|---|---|
| 1 Como pulsaciones<br>Como una sacudida<br>Como un latigazo   | 8 Temible<br>Espantoso<br>Horrible  |
| 2 Frio<br>Caliente<br>Ardiente  | 9 Que maree<br>Sofocante  |
| 3 Entumecimiento<br>Como un pellizco<br>Agarrotamiento<br>Calambre<br>Espasmo<br>Retortijón<br>Opresivo | 10 Que atormenta<br>Mortificante<br>Violento                                |
| 4 Pinchazo<br>Punzante<br>Penetrante<br>Agudo   | 11 Extenuante<br>Agotador<br>Incapacitante                                  |
| 5 Pesado<br>Tirante<br>Como un desgarro<br>Tenso  | 12 Incómodo<br>Que irrita<br>Que consume                                    |
| 6 Superficial<br>Difuso<br>Que se irradia<br>Fijo<br>Interno<br>Profundo                                | 13 Deprimente<br>Aqobiante<br>Que angustia<br>Que obsesiona<br>Desesperante |
| 7 Adormecimiento<br>Picor<br>Hormigueo<br>Como agujetas<br>Escozor<br>Como una corriente                | 14 Momentáneo<br>Intermitente<br>Constante<br>Persistente                   |
|   | VÍA<br>Sin dolor<br>Leve<br>Molesto<br>Intenso<br>Fuerte<br>Insoportable    |



**SIN DOLOR.**

Marque con una (X) sobre la línea, indicando cuánto dolor tiene actualmente

**DOLOR INSOPORTABLE**

**SOMBREE LAS  
ÁREAS DONDE  
SIENTE DOLOR**



INSTRUCTIVO N° 3

FUERZA MUSCULAR

	N ( 5 )	B ( 4 )	DEBIL( 3 )	POBRE( 2 )	Cont. Sin Movilidad	Ausencia de Movimiento
AFP ( hombro )	Arco movimiento completo contra grave y resistencia fuerte	Contra resistencia leve Deterioro del org.5 - 25%	Sólo contra gravedad Deterioro 26 - 50%	Con gravedad eliminada Deterioro 51 - 75%	Trazas de movimiento. Deterioro 76 -90%	0 movilidad Deterioro del órgano . 100%
Escala de valoración funcional Coffield-Neer	5	4 Vence resistencia	3 Débil Vence gravedad	2 Pobre no vence gravedad	1 Contracción Sin movimiento	0 Ausencia de contracción
KENDALL	90 - 100%	60 - 80%	40 - 50 %	20 - 30%	5%	0%
CIDAP	0 - 4%	5 - 24%	25 - 49%	50 - 95%	96 - 100%	

