7 ° ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Completada y firmada por el médico/a tratante o por el licenciado/a en terapia ocupacional según corresponda.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Informe Cuantitativo

Cada ítem es puntuado del 1 a 7, de acuerdo con el siguiente criterio:

Grado	Escala	Puntaje
Sin ayuda	Independencia completa	7
	Independencia modificada	6
Dependencia Parcial	Supervisión	5
	Asistencia mínima *(mayor del 75 % de independencia / hasta 94 puntos)*	4
Dependencia Parcial	Asistencia moderada *(mayor del 50 % de independencia / hasta 63 puntos)*	3
	Asistencia máxima *(mayor del 25 % de independencia / hasta 31 puntos)*	2
	Asistencia total *(menor del 25 % de independencia / menos de 31 puntos)*	1

Actividad	Item	Puntaje
Autocuidado	1. Alimentación *(uso de utensilios, capacidad para masticar y tragar alimentos)*	
	2. Arreglo personal *(lavado de cara y manos, peinado, higiene bucal, afeitado o maquillaje)*	
	3. Baño *(aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)*	
	4. Vestido/a de la parte superior *(vestirse de la cintura hacia arriba, incluyendo colocación de ortesis o prótesis)*	
	5. Vestido/a de la parte inferior *(vestirse de la cintura hacia abajo, incluyendo la colocación y abrochado de zapatos y colocación de ortesis o prótesis)*	
	6. Uso del baño *(mantener la higiene perineal y ajustar la ropa antes y después del uso del baño o de la chata)*	
Control de esfínteres	7. Control de la vejiga *(control completo e intencional de la evacuación vesical y uso del equipamiento o de los elementos necesarios para la evacuación como sondas, entre otros)*	
	8. Control del intestino *(control completo e intencional de la evacuación intestinal y uso del equipamiento o de los elementos necesarios para la evacuación)*	
Movilidad	9. Traslado de la cama a la silla o silla de ruedas *(moverse a una cama, silla, silla de ruedas y regresar a la posición inicial. Si camina, debe hacerse de pie. Grado de participación del paciente)*	
	10. Traslado en el baño *(sentarse y levantarse del inodoro. Nivel de participación del paciente)*	
	11. Traslado en la bañera o ducha *(entrar y salir de la bañera o ducha)*	
Ambulación	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas *(caminar sobre una superficie llana una vez que se encuentra de pie o propulsar la silla de ruedas cuando no puede caminar)*	
	13. Subir y bajar escaleras.	
Comunicación	14. Comprensión *(comprender la comunicación auditiva o visual, por ejemplo, mediante gestos, signos, entre otros).*	
	15. Expresión *(expresarse de manera clara mediante el lenguaje verbal o no verbal)*	
Conocimiento social	16. Interacción social *(habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otras personas en situaciones sociales, respetando los límites establecidos)*	
	17. Solución de problemas *(resolver situaciones problemáticas de la vida cotidiana)*	
	18. Memoria *(capacidad para reconocer y memorizar actividades simples y/o rostros familiares)*	

IMPORTANTE: todos los ítems deben ser valorizados.

Total FIM:

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del médico/a tratante o del lic. en terapia ocupacional

Aclaración

7 ° ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Completada y firmada por el médico/a tratante o por el licenciado/a en terapia ocupacional según corresponda.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Informe Cualitativo

Justificación:

Describir los apoyos específicos que se brindarán de acuerdo con las necesidades y características de la persona afiliada:

Firma *(manuscrita)* y sello del médico/a tratante o del lic. en terapia ocupacional

Aclaración