Anexo 1.7 Tabla para valoración de dependencia

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario causante: ……..……

D.N.I: ……

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	**Motor** 91 puntos	**Autocuidado** 1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		Control de esfínteres 7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		Movilidad 9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
		11. Traslado en bañera o ducha	
		Ambulación 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas	
		13. Subir y bajar escaleras	
	Cognitivo 35 puntos	**Comunicación** 14. Comprensión	
		15. Expresión	
		Conocimiento social 16. Interacción social	
		17. Solución de problemas	
		18. Memoria	
Total			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Firma y sello del médico tratante / Lic. en Terapia Ocupacional

Fecha……/……/……..

Nombre y Apellido del beneficiario causante: ……..……

D.N.I: ……

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:……...……

Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Firma y sello del médico tratante / Lic. en Terapia Ocupacional

Fecha……/……/……..