MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Fecha: _____

Paciente: _____ DNI : _____

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional:

7	Independencia completa (en tiempo y seguridad)	Sin ayuda
6	Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5	Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	Con ayuda
3	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2	Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	

CUIDADO PERSONAL	PUNTAJE
1.Comida	
2.Aseo	
3.Bañarse	
4.Vestirse parte superior	
5.Vestirse parte inferior	
6.Ir al baño	
CONTROL ESFINTERIANO	PUNTAJE
7.Vejiga	
8.Intestino	
MOVILIDAD	
TRANSFERENCIA	
9.Cama, silla, silla de ruedas	
10.Toilet	
11.Ducha	

LOCOMOCIÓN	PUNTAJE
12.Camina / silla de ruedas	
13.Escaleras	
COMUNICACIÓN	
14.Comprensión (audio-visual)	
15.Expresión (verbal-no verbal)	
CONEXIÓN SOCIAL	
16.Interacción social	
17.Resolución de problemas	
18.Memoria	

TOTAL FIM /126

Firma y sello del profesional

Fecha

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Paciente: _____ DNI: _____

Cuidado personal: _____

_____

_____

_____

Control esfinteriano: _____

_____

_____

_____

Movilidad: _____

_____

_____

_____

Comunicación: _____

_____

_____

_____

Conexión social: _____

_____

_____

_____

_____

Firma y sello del profesional