ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y Nombre del Afiliado: ……..…..... Fecha:…/…/…

Nº de Documento:…… Nº de Afiliado:…… Edad:……

Informe Cuantitativo

Cada ítem es puntuado del 1 a 7 de la siguiente manera:

7	Independencia completa	SIN AYUDA
6	Independencia modificada	
5	Supervisión	DEPENDENCIA PARCIAL
4	Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia/hasta 94 puntos)	
3	Asistencia moderada (mayordel50%de independencia/hasta 63 puntos)	DEPENDENCIATOTAL
2	Asistencia máxima (mayor de l25% de independencia/hasta 31 puntos)	
1	Asistencia total (menor del 25% de independencia/menos de 31 puntos)	

	Actividad	Puntaje
	Auto cuidado	
1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar comida)	
2	Arreglo personal (lavarse cara y manos, peinarse, lavarse los dientes, afeitarse o maquillarse)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharlos, así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño O chata)	
	Control de esfínteres	
7	Control de la vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo O agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
8	Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de Equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
	Movilidad	
9	Traslado de la cama a silla o silla de ruedas (pararse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial. (Si camina lo debe hacer de pie)	
10	Traslado en baño (sentarse y salir del inodoro)	
11	Traslado en bañera o ducha (entrar o salir de la bañera o ducha)	
	Ambulación	
12	Caminar/desplazarse en silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Subir y bajar escaleras (subir y bajar escalones)	
	Comunicación	
14	Comprensión (entender la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
	Conocimiento social	
16	Interacción social(habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Solución de problemas (resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
	TOTAL FIM	

Firma y Sello
Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración

Apellido y Nombre del Afiliado: ……..…..... Fecha: …/…. /….

Nº de Documento: …… Nº de Afiliado: …… Edad:……

Informe Cualitativo

Justificación

…… ……
……
…… ……
…… ….
…… ……
……
…… ……
……
…… ……
……
…… ……
……

Especificar Apoyos que se brindarán

…… ……
……
……
……
…… ……
……
…… ……
…… ……
……
…… ……
……

Firma y Sello
Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración