

NOMBRE DEL BENEFICIARIO

EDAD:

DNI:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Completar la planilla con la puntuación de cada ítem e indicar los totales.

Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional

7	Independencia completa	SIN AYUDA
6	Independencia con adaptaciones	
	Dependencia parcial	
5	Supervisión	CON AYUDA
4	Mínima asistencia (sujeto = 75% ó más)	
3	Moderada asistencia (sujeto = 50% ó más)	
	Dependencia completa	
2	Máxima asistencia (sujeto = 25% ó más)	
1	Asistencia total (sujeto = 0% ó más)	

Fecha
AdmisiónFecha
ReevaluaciónFecha
Cierre► **CUIDADO PROPIO**

- A) Comida
- B) Aseo
- C) Baño
- D) Vestimenta parte alta del cuerpo
- E) Vestimenta parte baja del cuerpo
- F) Toilet

► **CONTROL DE ESFÍNTER**

- G) Manejo de vejiga
- H) Manejo de intestino

► **MOVILIDAD**

- Transferencia
 - I) Cama, silla, silla de ruedas
 - J) Toilet
 - K) Ducha
- Locomoción
 - L) Camina/ Silla de ruedas
 - M) Escaleras

► **COMUNICACIÓN**

- N) Comprensión
- O) Expresión

► **CONEXIÓN SOCIAL**

- P) Interacción social
- Q) Resolución de problemas
- R) Memoria

TOTAL FIM

Completar informe cualitativo por área especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual:

Cuidado propio _____

Control de esfínteres _____

Movilidad

Transfrecia _____

Locomoción _____

Comunicación _____

Conexión social _____

► Profesional (Lic. en Terapia Ocupacional / Médico tratante)

► Fecha: ____ / ____ / ____

► Firma y sello: _____

Para que este formulario tenga validez se deben completar todos los campos e indicar los totales.