

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

En caso de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional, la misma debe ser completada por dicho profesional, en caso contrario, será el médico tratante quien la complete.

Afiliado Beneficiario:..... Edad:.....

Diagnóstico:.....

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL			
7 Independencia completa		SIN AYUDA	
6 Independencia con adaptaciones			
Dependencia parcial		CON AYUDA	
5 Supervisión			
4 Mínima asistencia (sujeto=75% o más)			
3 Moderada asistencia (sujeto=50% o más)			
Dependencia completa			
2 Máxima asistencia (sujeto=25% o más)			
1 Asistencia total (sujeto=0% o más)			
		ADMISIÓN	ALTA
CUIDADO PROPIO			
A	Comida		
B	Aseo		
C	Baño		
D	Vestimenta parte superior del cuerpo		
E	Vestimenta parte inferior del cuerpo		
F	Toilette		
CONTROL DE ESFÍNTER			
G	Manejo de vejiga		
H	Manejo de intestino		
MOVILIDAD			
I	Cama/silla/silla de ruedas		
J	Toilette		
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		
PUNTAJE FIM TOTAL		/126	/126

_____/_____/_____
Fecha

Firma y sello del Médico Tratante o Terapeuta Ocupacional