

Medida de Independencia Funcional (FIM)

DISCAPACIDAD 014

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Afiliado

Nombre y apellido _____ Edad _____

Tipo y N° Documento _____ CUIT N° _____

Diagnóstico _____

Institución _____ Fecha de ingreso a la Institución _____

Modalidad _____

Ítem	Actividad	Puntaje
Autocuidado		
1	Alimentación	_____
2	Aseo Personal	_____
3	Baño	_____
4	Vestido parte superior	_____
5	Alimentación	_____
6	Aseo Personal	_____
Control de esfínteres		
7	Control de intestinos	_____
8	Control de vejiga	_____
Transferencias		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	_____
10	Transferencia al baño	_____
11	Transferencia a la ducha o a la bañera	_____
Locomoción		
12	Marcha o silla de ruedas	_____
13	Escaleras	_____
Comunicación		
14	Comprensión	_____
15	Expresión	_____
Conexión		
16	Interacción social	_____
17	Resolución de problemas	_____
18	Memoria	_____

Puntaje FIM Total

Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional

Independiente	Puntuación
Independencia total	7
Independencia con adaptaciones	6

Dependiente	Puntuación
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Deberá ser completada por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras; y médicos especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Firma y sello del
Profesional interviniente

Firma y sello del
Profesional interviniente

Fecha _____

N° de Matrícula _____

Especialidad _____

N° de Matrícula _____

Especialidad _____