



## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – INSTITUCIONES -

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE	TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
			ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>AUTOCUIDADO</b>			INDEPENDIENTE TOTAL	7
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
2	ASEO PERSONAL		<b>ACTIVIDAD</b>	
3	BAÑO		<b>PUNTAJE</b>	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR		SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5
5	VESTIDO PARTE INFERIOR		SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4
6	USO DEL BAÑO		REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>			REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2
7	CONSTROL DE INTESTINOS		REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1
8	CONSTROL DE VEJIGA		<b>ACTIVIDAD</b>	
<b>TRANSFERENCIAS</b>			<b>PUNTAJE</b>	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS		<p><b>Resolución 360/22:</b> “En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), <b>confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional</b> y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.</p>	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO			
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA			
<b>LOCOMOCIÓN</b>				
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS			
13	ESCALERAS			
<b>COMUNICACION</b>				
14	COMPRESIÓN			
15	EXPRESIÓN			
<b>CONEXION</b>				
16	INTERACCIÓN SOCIAL			
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
18	MEMORIA			
<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>				

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE

Nº DE MATRICULA

ESPECIALIDAD

FECHA:

**INFORME CUALITATIVO**

FORM10

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

**CUIDADO PERSONAL**

**CONTROL ESFINTERIANO**

**MOVILIDAD**

**COMUNICACIÓN**

**CONEXIÓN SOCIAL**

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

**FIM // INSTITUCIONES** (Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

**DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARAN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**

---

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL