

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
	AUTOCUIDADO		INDEPENDIENTE TOTAL	7
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
2	ASEO PERSONAL			
3	BAÑO			
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR			
5	VESTIDO PARTE INFERIOR			
6	USO DEL BAÑO			
	CONTROL DE ESFINTERES			
7	CONSTROL DE INTESTINOS			
8	CONSTROL DE VEJIGA			
	TRANSFERENCIAS			
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS			
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO			
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA			
	LOCOMOCIÓN			
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS			
13	ESCALERAS			
	COMUNICACION			
14	COMPRESIÓN			
15	EXPRESIÓN			
	CONEXION			
16	INTERACCIÓN SOCIAL			
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
18	MEMORIA			
	PUNTAJE FIM TOTAL			

Resolución 1731/21: “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), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindán conforme al plan de abordaje individual. En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran”

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE

Nº DE MATRICULA

ESPECIALIDAD

FECHA:

INFORME CUALITATIVO		
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		