

## ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y Nombre del Afiliado: .....

Fecha: .... / .... / ....

Nº de Documento: ..... Nº de Afiliado: .....

Edad: .....

### Informe Cuantitativo

Cada ítem es puntuado del 1 a 7 de la siguiente manera:

<b>7</b>	<b>Independencia completa</b>	<b>SIN AYUDA</b>
<b>6</b>	<b>Independencia modificada</b>	
<b>5</b>	<b>Supervisión</b>	<b>DEPENDENCIA PARCIAL</b>
<b>4</b>	<b>Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia/ hasta 94 puntos)</b>	
<b>3</b>	<b>Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia/ hasta 63 puntos)</b>	<b>DEPENDENCIA TOTAL</b>
<b>2</b>	<b>Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia/ hasta 31 puntos)</b>	
<b>1</b>	<b>Asistencia total (menor del 25% de independencia/ menos de 31 puntos)</b>	

	Actividad	Puntaje
<b>Autocuidado</b>		
<b>1</b>	<b>Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragarse comida)</b>	
<b>2</b>	<b>Arreglo personal (lavarse cara y manos, peinarse, lavarse los dientes, afeitarse o maquillarse)</b>	
<b>3</b>	<b>Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)</b>	
<b>4</b>	<b>Vestirse parte superior (vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)</b>	
<b>5</b>	<b>Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharlos, así como colocar ortesis o prótesis)</b>	
<b>6</b>	<b>Uso del baño (mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)</b>	
<b>Control de esfínteres</b>		
<b>7</b>	<b>Control de la vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)</b>	
<b>8</b>	<b>Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)</b>	
<b>Movilidad</b>		
<b>9</b>	<b>Traslado de la cama a silla o silla de ruedas (pararse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)</b>	
<b>10</b>	<b>Traslado en baño (sentarse y salir del inodoro)</b>	
<b>11</b>	<b>Traslado en bañera o ducha (entrar o salir de la bañera o ducha)</b>	
<b>Ambulación</b>		
<b>12</b>	<b>Caminar/desplazarse en silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o impulsar su silla de ruedas si no puede caminar)</b>	
<b>13</b>	<b>Subir y bajar escaleras (subir y bajar escalones)</b>	
<b>Comunicación</b>		
<b>14</b>	<b>Comprensión (entender la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)</b>	
<b>15</b>	<b>Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)</b>	
<b>Conocimiento social</b>		
<b>16</b>	<b>Interacción social (habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)</b>	
<b>17</b>	<b>Solución de problemas (resolver problemas cotidianos)</b>	
<b>18</b>	<b>Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)</b>	
<b>TOTAL FIM</b>		

Firma y Sello

Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional  
Según corresponda

Aclaración

Apellido y Nombre del Afiliado: .....

Fecha: .... / .... / ....

Nº de Documento: .....

Nº de Afiliado: .....

Edad: .....

## Informe Cualitativo

## Justificación

## Especificar Apoyos que se brindarán

**Firma y Sello**

Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional  
Según corresponda

## Aclaración