

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

Nº de Documento: _____ Nº de Afiliado: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Informe Cuantitativo

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

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

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

*Todos los ítems se deben valorizar.

Total FIM:

Firma y sello del
médico tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

Nº de Documento: _____ Nº de Afiliado: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Informe Cualitativo

Justificación :

Especificar apoyos que se brindarán:

Firma y sello del
médico tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración