

**FORMULARIO FIM - MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL  
(FORMULARIO 12)**

Fecha de emisión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los 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.

**TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL**

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	<b>TRANSFERENCIAS</b>	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	<b>LOCOMOCIÓN</b>	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	<b>COMUNICACIÓN</b>	
14	COMPRESIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	<b>CONEXIÓN</b>	
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	<b>PUNTAJE F.I.M TOTAL</b>	

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

### 1- ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para superar la situación.

---

---

### 2- ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

---

---

### 3- HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

---

---

### 4- VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

---

---

### 5- VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

---

---

**6 – USO DEL BAÑO**

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

---

---

**7– CONTROL DE INTESTINOS**

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostromía. Frecuencia.

---

---

**8– CONTROL DE VEJIGA**

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

---

---

**9– TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS**

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

---

---

**10– TRANSFERENCIA AL BAÑO**

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

---

---

**11– TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA**

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

---

---

**12 – MARCHA / SILLA DE RUEDAS**

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

---

---

**13- ESCALERAS**

Implica subir y bajar escalones.

---

---

**14- COMPRENSIÓN**

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

---

---

**15- EXPRESIÓN**

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

---

---

**16- INTERACCIÓN SOCIAL**

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

---

---

---

---

**17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Implica resolver problemas cotidianos

---



---

**18- MEMORIA**

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

---



---

**EVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro locomotores y cognitivos del paciente.

---



---



---



---



---



---



---



---

<p><b>Para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico</b></p>	<p><b>Para la prestación de Transporte</b></p>
<p><b>Firma y sello Lic. en Terapia ocupacional</b></p>	<p><b>Firma y sello del médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional</b></p>