

# Tabla FIM

Completar todos los campos del formulario.

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

| Item | Actividad                                        | Puntaje |
|------|--------------------------------------------------|---------|
|      | <b>Autocuidado</b>                               |         |
| 1    | Alimentación                                     |         |
| 2    | Aseo Personal                                    |         |
| 3    | Baño                                             |         |
| 4    | Vestido Parte Superior                           |         |
| 5    | Vestido Parte Inferior                           |         |
| 6    | Uso de Baño                                      |         |
|      | <b>Control de Esfínteres</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   | Comprensión                                      |         |
| 15   | Expresión                                        |         |
|      | <b>Conexión</b>                                  |         |
| 16   | Interacción Social                               |         |
| 17   | Resolución de Problemas                          |         |
| 18   | Memoria                                          |         |

**Puntaje Film Total**

## Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional

| Independiente                                               | Puntaje |
|-------------------------------------------------------------|---------|
| Independencia Total.                                        | 7       |
| Independencia Total con Adaptaciones.                       | 6       |
| <b>Dependiente</b>                                          |         |
| Solo Requiere Supervisión. No se Asiste al Paciente.        | 5       |
| Solo Requiere Mínima Asistencia. Paciente Aporta 75% o Más. | 4       |
| Requiere Asistencia Moderada. Paciente Aporta 50% o Más     | 3       |
| Requiere Asistencia Máxima. Paciente Aporta 25% o Más.      | 2       |
| Requiere Asistencia Total. Paciente Aporta Menos del %25.   | 1       |

*Deberá ser completado por profesionales. Médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.*

Fecha \_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional Interviniente

