



Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

CON DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Por favor, completar en letra imprenta mayúscula.

DATOS IDENTIFICATORIOS

Apellido y Nombre del Afiliado

N° S.S. OSPF..... CUIL Edad.....

DIAGNÓSTICO

.....
.....
.....

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de Dependencia	Puntaje / Nivel de Funcionalidad
Sin Ayuda	7 Independencia total.
	6 Independencia con adaptaciones.
Dependencia modificada	5 Supervisión sin asistencia al paciente.
	4 Asistencia mínima, el paciente aporta el 75% o más.
	3 Asistencia moderada, el paciente aporta el 50% o más.
Dependencia completa	2 Asistencia máxima, el paciente aporta el 25% o más.
	1 Asistencia total, el paciente aporta el 25% o menos.

CATEGORÍA	PUNTAJE	DOMINIO
AUTOCUIDADO		MOTOR 91 PUNTOS
1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.		
2. ARREGLO 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. BANO: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique. Si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.		
4. VESTIDO HEMICUERPO SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.		
5. VESTIDO HEMICUERPO INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.		
6. ASEO PERINEAL: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.		
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7. 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.		
8. CONTROL DE INTESTINO: 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 Ostomía. Frecuencia.		

MOVILIDAD		
9. TRASLADO DE LA CAMA A SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.		
10. TRASLADO EN BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.		
11. TRASLADO EN BAÑERA O DUCHA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.		
AMBULACIÓN		
12. CAMINAR / DESPLAZARSE EN SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está de pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.		
13. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.		
COMUNICACIÓN		
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.		
CONOCIMIENTO SOCIAL		COGNITIVO 35 PUNTOS
16. INTERACCION SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle 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 instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.		
17. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Implica resolver problemas cotidianos.		
18. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.		
TOTAL		/126

JUSTIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Fecha (anterior al inicio del período)

.....
Firma y Sello del Médico tratante o Terapeuta Ocupacional