

# 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