

Tabla FIM

Completar todos los campos del formulario.

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____

Diagnostico: _____

DNI: _____

Item	Actividad	Puntaje
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo Personal.	
3	Baño	
4	Vestido Parte Superior	
5	Vestido Parte Inferior	
6	Uso de Baño	
	Control de Esfínteres	
7	Control de Intestinos	
8	Control de Vejiga	
	Transferencias	
9	Transferencia a la Cama, Silla o Silla de Ruedas	
10	Transferencia al Baño	
11	Transferencia a la Ducha o Bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o Silla de Ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
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
Dependiente	
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