

# Medida de Independencia Funcional - Año 2025 (FIM)

**Completar todos los campos del Formulario**

## Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... Edad

Tipo y N° Documento  CUIL N°

Diagnóstico .....

Institución ..... Fecha de ingreso a la Inst.

Modalidad .....

Item	Actividad	Puntaje	Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional	
<b>Autocuidado</b>			<b>Independiente</b>	<b>Puntuación</b>
1	Alimentación		Independiente total	<b>7</b>
2	Aseo Personal		Independiente con adaptaciones	<b>6</b>
3	Baño			
4	Vestido Parte Superior			
5	Vestido Parte Inferior			
6	Uso del Baño		<b>Dependiente</b>	<b>Puntuación</b>
<b>Control de Esfínteres</b>			Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	<b>5</b>
7	Control de Intestinos		Solo requiere mínima asistencia.	<b>4</b>
8	Control de Vejiga		Paciente aporta 75% o más.	
<b>Transferencias</b>			Requiere asistencia moderada.	<b>3</b>
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas		Paciente aporta 50% o más.	
10	Transferencia al Baño		Requiere asistencia máxima.	<b>2</b>
11	Transferencia a la Ducha o la Bañera		Paciente aporta 25% o más.	
<b>Locomoción</b>			Requiere asistencia total.	<b>1</b>
12	Marcha o Silla de ruedas		Paciente aporta menos del 25%.	
13	Escaleras			
<b>Comunicación</b>				
14	Comprensión			
15	Expresión			
<b>Conexión</b>				
16	Interacción Social			
17	Resolución de problemas			
18	Memoria			
		<b>Puntaje FIM Total</b>	<input type="text"/>	

Deberá ser completada 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 a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los items incluyen tanto a los pacientes motores como 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.**

Fecha  Firma y Sello del Profesional Interviniente  Firma y Sello del Profesional Interviniente

N° de Matrícula  N° de Matrícula

Especialidad ..... Especialidad .....