MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Completar todos los campos del Formulario	
DATOS DEL AFILIADO	
Nombre y Apellido:	Edad:
DNI:	N.º Beneficiario:
Diagnóstico:	
Fecha:	

	ACTIVIDAD	
Autocuidado		**Puntaje**
1	**Alimentación** (implica uso de utensilios, masticar y tragar).	
2	**Aseo personal** (implica lavarse la cara, lavarse las manos, peinarse y lavarse los dientes).	
3	**Baño**	
4	**Vestido parte superior** (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis).	
5	**Vestido parte inferior** (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis).	
6	**Uso del baño** (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño).	
Control de Esfínteres		
7	Control de intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
8	Control de vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas).	
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie).	
10	Transferencia al baño (implica sentarse y salir del inodoro).	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrara y salir de la bañera o ducha).	
Locomoción		
12	Marcha o silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar).	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones).	
Comunicación		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual).	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal).	
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales).	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos).	
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.	
	Puntaje FIM TOTAL	

Tabla de puntuación de niveles de Independencia Funcional	
Independencia	Puntaje
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Dependiente	Puntaje
Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)	5
Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)	4
Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)	3
Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)	2
Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)	1

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación 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 las planillas 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 Auditoria del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems 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
N.º de matrícula y Especialidad

Firma y sello del profesional interviniente
N.º de matrícula y Especialidad

INFORME CUALITATIVO		
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIAGNÓSTICO		
CUIDADO PERSONAL		
CONTROL ESFINTERIANO		
MOVILIDAD		
COMUNICACIÓN		
CONEXIÓN SOCIAL		

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIM // INSTITUCIONES (Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		
DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARAN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL		

_____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL