

PACIENTE:

EDAD:

H.C.:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional		
7	Independencia completa	SIN AYUDA
6	Independencia con adaptaciones	
Dependencia parcial		
5	Supervisión	CON AYUDA
4	Mínima asistencia (sujeto = 75% ó más)	
3	Moderada asistencia (sujeto = 50% ó más)	
Dependencia completa		
2	Máxima asistencia (sujeto = 25% ó más)	
1	Asistencia total (sujeto = 0% ó más)	

Fecha Admisión	Fecha Reevaluación	Fecha Cierre

CUIDADO PROPIO

- A) Comida
- B) Aseo
- C) Baño
- D) Vestimenta parte alta del cuerpo
- E) Vestimenta parte baja del cuerpo
- F) Toilet

CONTROL DE ESFÍNTER

- G) Manejo de vejiga
- H) Manejo de intestino

MOVILIDAD

- Transferencia
- I) Cama, silla, silla de ruedas
- J) Toilet
- K) Ducha

-Locomoción

- L) Camina/ Silla de ruedas
- M) Escaleras

COMUNICACIÓN

- N) Comprensión
- O) Expresión

CONEXIÓN SOCIAL

- P) Interacción social
- Q) Resolución de problemas
- R) Memoria

TOTAL FIM

--	--	--

Profesional entrevistado: _____

Equipo evaluador: _____ Fecha: ____ / ____ / ____