



## FORMULARIO FIM

Lugar: .....

Fecha: ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

**Datos del beneficiario:**

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad: ..... Fecha de Nacimiento: .....

Diagnóstico: .....

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>AUTOCUIDADO</b>		
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>		
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
<b>TRANSFERENCIAS</b>		
9	Transferencia a la cama, silla, 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	
<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>		

### TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

ACTIVIDAD	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con Adaptaciones	6
ACTIVIDAD	PUNTAJE
Sólo requiere supervisión No se asiste al paciente	5
Sólo 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 meno del 25%	1

**Resolución 360/22:** “En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), **confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional** y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.

.....  
Firma y sello del Médico tratante

.....  
N° de Matrícula

.....  
Especialidad

\* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.



## FORMULARIO FIM

### INFORME CUALITATIVO

Lugar: .....

Fecha: ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

#### Datos del beneficiario:

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC  DNI  LE  PAS  N° .....

Edad: ..... Fecha de Nacimiento: .....

Diagnóstico: .....

### CUIDADO PERSONAL

.....

.....

.....

### CONTROL ESFINTERIANO

.....

.....

### MOVILIDAD

.....

.....

### COMUNICACIÓN

.....

.....

### CONEXIÓN SOCIAL

.....

.....

.....  
Firma y sello del Médico tratante

\* Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Seguro de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.



