

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

PACIENTE:.....

EDAD: .....

DIAGNOSTICO: .....

7	INDEPENDENCIA COMPLETA	CON AYUDA
6	INDEPENDENCIA CON ADAPTADORES	
<b>DEPENDENCIA PARCIAL</b>		
5	SUPERVISION	CON AYUDA
4	MINIMA ASISTENCIA (SUJETO=75% O MAS)	
3	MODERADA ASISENCIA (SUJETO =50% O MAS)	
<b>DEPENDENCIA COMPLETA</b>		
2	MAXIMA ASISTENCIA (SUJETO= 25% O MAS)	
1	ASISTENCIA TOTAL (SUJETO 0%)	
<b>CUIDADO PROPIO</b>		<b>PUNTAJE</b>
A	COMIDA	
B	ASEO	
C	BAÑO	
D	VESTIMENTA PARTE ALTA DEL CUERPO	
E	VESTIMENTA PARTE BAJA DEL CUERPO	
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>		
G	MANEJO DE LA VEJIGA	
H	MANEJO DEL INTESTINO	
<b>MOVILIDAD TRANSFERENCIA</b>		
I	CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS	
J	TOILTTE	
K	DUCHA	
<b>LOCOMOCION</b>		
L	CAMINA/SILLA DE RUEDAS	
M	ESCALERAS	
<b>COMUNICACIÓN</b>		
N	COMPRESION	
O	EXPRESION	
<b>CONEXIÓN SOCIAL</b>		
P	INTERACCION SOCIAL	
Q	RESOLUCCION DE PROBLEMAS	
R	MEMORIA	
<b>TOTAL</b>		

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA