

Medida de Independencia Funcional - Año 2026 (FIM)

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido Edad _____

Tipo y N° Documento _____ CUIL N° _____

Diagnóstico _____

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

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 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 intervenientes.

Justificación Clínica de la Dependencia: _____

_____	_____
_____	_____

Fecha _____	Firma y Sello del Profesional Interviniente	Firma y Sello del Profesional Interviniente
Nº de Matrícula _____	Nº de Matrícula _____	
Especialidad _____	Especialidad _____	