

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

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 items 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.

Justificación Clínica de la Dependencia:

Fecha <input type="text"/>	Firma y Sello del Profesional Interviniente <input type="text"/>	Firma y Sello del Profesional Interviniente <input type="text"/>
	N° de Matrícula <input type="text"/>	N° de Matrícula <input type="text"/>
	Especialidad <input type="text"/>	Especialidad <input type="text"/>