

FORMULARIO 9 - ESCALA FIM – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

© 2027

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Evaluador: _____

Fecha: ____/____/____

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN

7 Independencia completa

6 Independencia modificada (con ayudas técnicas)

5 Supervisión / preparación

4 Asistencia mínima ($\geq 75\%$)

3 Asistencia moderada (50–74%)

2 Asistencia máxima (25–49%)

1 Dependencia total ($< 25\%$)

ÁREA MOTORA (13 ítems)

	1	2	3	4	5	6	7
Alimentación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene personal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestido (parte superior)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestido (parte inferior)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uso de inodoro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Control urinario	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Control intestinal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferencia cama/silla	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferencia inodoro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferencia bañera/ducha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Locomoción	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Escaleras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Subtotal Área Motora (13–91): _____

ÁREA COGNITIVA (5 ítems)

	1	2	3	4	5	6	7
Comprensión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Expresión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interacción social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Resolución de problemas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Memoria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Subtotal Área Cognitiva (5–35): _____

Total general.

Puntaje total FIM (18–126): _____

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL (uso orientativo en auditoría)

Independiente (108–126)	☐
Dependencia leve (80–107)	☐
Dependencia moderada (50–79)	☐
Dependencia severa (<50)	☐

OBSERVACIONES

CONCLUSIÓN

En función del puntaje obtenido, el/la afiliado/a presenta un nivel de dependencia: _____,
requiriendo apoyos en: _____

Firma y sello profesional:

Firma responsable:

