



ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Lugar y Fecha: _____

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

D.N.I.: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Período: _____

Dominio	Categoría	Puntaje
Motor	Autocuidado	
	1. Alimentación	
	2. Arreglo personal	
	3. Baño	
	4. Vestido hemicuerpo superior	
	5. Vestido hemicuerpo inferior	
	6. Aseo perineal	
	Control de Esfínteres	
	7. Control de vejiga	
	8. Control de intestino	
	Movilidad	
	9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
	10. Traslado al baño	
11. Traslado en bañera o ducha		
Cognitivo	Ambulación	
	12. Caminar / desplazarse en silla de ruedas	
	13. Subir y bajar escaleras	
	Comunicación	
	14. Comprensión	
	15. Expresión	
Cognitivo	Conocimiento social	
	16. Interacción social	
	17. Solución de problemas	
	18. Memoria	
	TOTAL	

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de Dependencia	Nivel de Funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia Modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia Completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Firma y sello del médico