



Obra Social del Personal Administrativo y Técnico de la Construcción y Afines
 Registro Nacional de Obras Sociales N 10530/9

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	EDAD:	DNI:
-------------------------	-------	------

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Completar la planilla con la puntuación de cada ítem e indicar los totales.

Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional		
7	Independencia completa	SIN AYUDA
6	Independencia con adaptaciones	
Dependencia parcial		
5	Supervisión	CON AYUDA
4	Mínima asistencia (sujeto = 75% ó más)	
3	Moderada asistencia (sujeto = 50% ó más)	
2	Dependencia completa	
1	Máxima asistencia (sujeto = 25% ó más)	
1	Asistencia total (sujeto = 0% ó más)	

▶ **CUIDADO PROPIO**

- A) Comida
- B) Aseo
- C) Baño
- D) Vestimenta parte alta del cuerpo
- E) Vestimenta parte baja del cuerpo
- F) Toilet

Fecha Admisión	Fecha Reevaluación	Fecha Cierre

▶ **CONTROL DE ESFÍNTER**

- G) Manejo de vejiga
- H) Manejo de intestino

▶ **MOVILIDAD**

- Transferencia
- I) Cama, silla, silla de ruedas
- J) Toilet
- K) Ducha

• Locomoción

- L) Camina/ Silla de ruedas
- M) Escaleras

▶ **COMUNICACIÓN**

- N) Comprensión
- O) Expresión

▶ **CONEXIÓN SOCIAL**

- P) Interacción social
- Q) Resolución de problemas
- R) Memoria

TOTAL FIM

--	--	--



Obra Social del Personal Administrativo y Técnico de la Construcción y Afines
Registro Nacional de Obras Sociales N 10530/9

Completar informe cualitativo por área especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual:

Cuidado propio _____

Control de esfínteres _____

Movilidad

Transfrecuencia _____

Locomoción _____

Comunicación _____

Conexión social _____

▶ Profesional (Lic. en Terapia Ocupacional / Médico tratante) _____

▶ Fecha: ____ / ____ / ____

▶ **Firma y sello:** _____

Para que este formulario tenga validez se deben completar todos los campos e indicar los totales.