

FORMULARIO : MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL - FIM

Paciente:

DNI:

Diagnóstico:

Edad:

7	INDEPENDENCIA COMPLETA	CON AYUDA
6	INDEPENDENCIA C/ADAPTACIONES	
DEPENDENCIA PARCIAL		
5	SUPERVISIÓN	CON AYUDA
4	MINIMA ASISTENCIA (SUJETO = 75% O MAS)	
3	MODERADA ASISTENCIA (SUJETO = 50% O MAS)	
DEPENDENCIA COMPLETA		
2	MAXIMA ASISTENCIA (SUJETO= 25% O MAS)	
1	ASISTENCIA TOTAL (SUJETO= 0%)	
CUIDADO PROPIO		PUNTAJE
A	COMIDA	
B	ASEO	
C	BAÑO	
D	VESTIMENTA PARTE ALTA DEL CUERPO	
E	VESTIMENTA PARTE BAJA DEL CUERPO	
F	TOILETTE	
CONTROL DE ESFINTER		
G	MANEJO DE VEJIGA	
H	MANEJO DE INTESTINO	
MOVILIDAD - TRANSFERENCIA		
I	CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS	
J	TOILETTE	
K	DUCHA	
LOCOMOCION		
L	CAMINA/SILLA DE RUEDAS	
M	ESCALERAS	
COMUNICACION		
N	COMPRESION	
O	EXPRESION	
CONEXION SOCIAL		
P	INTERACCION SOCIAL	
Q	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
R	MEMORIA	
TOTAL		
Firma.....		Fecha.....