

**Anexo 1.10 Tabla para valoración de dependencia**

**Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)**

Nombre y Apellido del beneficiario causante: .....

D.N.I: .....

| FIM Total                         | Dominio                        | Categorías                                       | Puntaje |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------|
| 126<br>puntos                     | Motor<br><br>91 puntos         | <b><u>Autocuidado</u></b>                        |         |
|                                   |                                | 1. Alimentación                                  |         |
|                                   |                                | 2. Arreglo personal                              |         |
|                                   |                                | 3. Baño                                          |         |
|                                   |                                | 4. Vestido hemicuerpo superior                   |         |
|                                   |                                | 5. Vestido hemicuerpo inferior                   |         |
|                                   |                                | 6. Aseo perineal                                 |         |
|                                   |                                | <b><u>Control de esfínteres</u></b>              |         |
|                                   |                                | 7. Control de vejiga                             |         |
|                                   |                                | 8. Control de intestino                          |         |
|                                   |                                | <b><u>Movilidad</u></b>                          |         |
|                                   |                                | 9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas |         |
|                                   |                                | 10. Traslado al baño                             |         |
|                                   | 11. Traslado en bañera o ducha |                                                  |         |
|                                   | Cognitivo<br><br>35 puntos     | <b><u>Ambulación</u></b>                         |         |
|                                   |                                | 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas       |         |
|                                   |                                | 13. Subir y bajar escaleras                      |         |
|                                   |                                | <b><u>Comunicación</u></b>                       |         |
| 14. Comprensión                   |                                |                                                  |         |
| 15. Expresión                     |                                |                                                  |         |
| <b><u>Conocimiento social</u></b> |                                |                                                  |         |
| 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<br>6. Independencia modificada                                                                           |
| Dependencia modificada | 5. Supervisión<br>4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)<br>3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia) |
| Dependencia completa   | 2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)<br>1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)                      |

Firma y sello del médico tratante / Lic. en Terapia Ocupacional

Fecha...../...../.....

1-2

Nombre y Apellido del beneficiario: .....