

## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

LUGAR : ..... FECHA:...../...../.....

**DATOS DEL AFILIADO:**

◦ APELLIDO Y NOMBRES: .....

Nº D.N.I.: .....

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL**

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional

7.	Independencia completa (en tiempo y seguridad)	SIN AYUDA
6.	Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5.	<b>INDEPENDENCIA PARCIAL</b> Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	
4.	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	CON AYUDA
3.	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2.	<b>DEPENDENCIA COMPLETA</b> Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1.	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	

CUIDADO PERSONAL		PUNTAJE
1. Comida		
2. Aseo		
3. Bañarse		
4. Vestirse parte superior		
5. Vestirse para inferior		
6. Ir al baño		
CONTROL ESFINTERIANO		PUNTAJE
7. Vejiga		
8. Intestino		
MOVILIDAD		PUNTAJE
TRANSFERENCIA		
9. Cama, silla, silla de ruedas		
10. Toilet		
11. Ducha		
LOCOMOCIÓN		
12. Camina/silla de ruedas		
13. Escaleras		
COMUNICACIÓN		PUNTAJE
14. Comprensión (audio -visual)		
15. Expresión (verbal - no verbal)		
CONEXIÓN SOCIAL		PUNTAJE
16. Interacción social		
17. Resolución de problemas		
18. Memoria		
<b>TOTAL FIM</b>		<b>/126</b>



