

REGLAMENTACION DE COBERTURA TRANSPORTE SAID ANEXO II

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario	causante:	 	 	·······.
D.N.I:			 	

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
		Autocuidado	,
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
	* *	3. Baño	
	•	Vestido hemicuerpo superior	
		Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	<u> </u>
	Motor	Control de esfínteres	,
	Mictor	. 7. Control de vejiga	
• •	91 puntos	Control de intestino	, .
		Movilidad	
126		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
puntos		10. Traslado al baño	
	. : -	11. Traslado en bañera o ducha	
		Ambulación	
	* * * *	12 Caminar/desplazarse en silla de ruedas	
-	•	13. Subir y bajar escaleras	
		Comunicación	
Cognitive	ing that the contract	14. Comprensión	
	Cognitivo	15. Expresión	
	35 puntos	Conocimiento social	
	, oo puntos	16. Interacción social	
	in the second	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	Independencia completa Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa WALTER VILLARREAL	Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Or ROBERTO ANGARONI
MADICA AUDITOR
MADICA AUDITOR
MEDICA AUDITOR

A. PRO S. S. Landinesi

ARIAS RICHARTE AGUIAN A

156/18



NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:
D.N.I:
JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:
Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad
Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro-
locomotores y cognitivos del paciente:
·
Mali
Firma y sello de los profesionales intervinientes
Firma y sello de los profesionales intervinientes WILLARREAL VILLARREAL
) Irectorie
75.5.5.
MEDICO AUDITOR
PACISAL APROSS
Vocai del Directorio
A.PRO.S.S 0 1 5 6 / 1 8