

**COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO**

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido		Edad:	
DNI nº		CUIL Nº	
Diagnóstico:			
Institución:		Fecha de Ingreso la Inst.	

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE	Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional	
	<b>Autocuidado</b>			
<b>1</b>	Alimentación		<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>PUNTACION</b>
<b>2</b>	Aseo Personal		Independiente total	<b>7</b>
<b>3</b>	Baño		Independiente con adaptaciones	<b>6</b>
<b>4</b>	Vestido Parte Superior			
<b>5</b>	Vestido Parte Inferior			
<b>6</b>	Uso de Baño		<b>DEPENDIENTE</b>	<b>PUNTACION</b>
	<b>Control de Esfínteres</b>		Solo requiere supervisión No se asiste al paciente	<b>5</b>
<b>7</b>	Control de intestinos		Solo requiere mínima asistencia Paciente aporta 75 % o más	<b>4</b>
<b>8</b>	Control de vejiga		Requiere asistencia moderada Paciente aporta 50 % o más	<b>3</b>
	<b>Transferencias</b>		Requiere asistencia máxima Paciente aporta 25 % o más	<b>2</b>
<b>9</b>	Transferencias a la cama, silla o silla de ruedas		Requiere asistencia total Paciente aporta menos del 25 %	<b>1</b>
<b>10</b>	Transferencia al Baño			
<b>11</b>	Transferencia a la Ducha o la bañera			
	<b>Locomoción</b>			
<b>12</b>	Marcha o Silla de ruedas			
<b>13</b>	Escaleras			
	<b>Comunicación</b>			
<b>14</b>	Compresión			
<b>15</b>	Expresión			
	<b>Conexión</b>			
<b>16</b>	Interacción Social			
<b>17</b>	Resolución de problemas			
<b>18</b>	Memoria			
	<b>Puntaje FIM Total</b>			

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en Psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometidas a evaluación por parte de la Auditoria Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoria en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Fecha: ..... / ..... / .....

Firma y sello del Profesional Interviniente

Firma y sello del Profesional Interviniente

Nº de Matrícula

Nº de Matrícula

Especialidad:

Especialidad: