



MOVILIDAD

Transferencia

I Cama, Silla, Silla de Ruedas

J Toilete

K Ducha

Locomoción

L Camina/ Silla de ruedas

M Escaleras

COMUNICACION

N Comprensión

O Expresión

CONEXIÓN SOCIAL

P Interacción Social

Q Resolución de Problemas

R Memoria

TOTAL FIM

--	--	--

Profesional Entrevistado:

Equipo Evaluador:(Terapia Ocupacional, Fisiatría, Kinesiología, Psicología, Fonoaudiología, otros)

Profesional	Especialidad	Firma

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones:

LOS DATOS DECLARADOS EN LA
PRESENTE TIENEN CARÁCTER DE
DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN
SUJETOS A AUDITORIA

Firma y sello del responsable institucional

1: A ser completado por APM PFIS

2: Según número otorgado por PFIS