



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