**Anexo 1. Resumen del plan de implementación / Lista de verificación**

Complete la siguiente tabla con detalles específicos de los recursos, el objetivo, las actividades incluidas en el plan de acción y el presupuesto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Hospital:** | | | **Ciudad/País:** | **Nivel:** | |
| **Coordinador del Registro:** | | **Título:** | | **Fecha de Impementación Esperada:** | |
| **Email:** | **Teléfono:** | | | **Tamaño de la Muestra por Año:** | |
| **Descripción de los Recursos** | | | | | **Presupuesto Total :** |
| **Financieros:** | | | | | **$** |
| **Equipos y materiales** | | | | | **$** |
| **Recurso Humano:** | | | | | **$** |
| **Cuota del Acceso al Registro:** | | | | | **$** |
| **Definición de los criterios de inclusión:** | | | | | |
| **Plan de Acción** | | | | | |
| **Training Plan de Capacitación:** | | | | | |
| **Método de Extracción de Datos:** | | | | | |
| **Método de Recopilación de Datos:** | | | | | |
| **Proceso de Monitoreo del Rendimiento y Validación de Datos:** | | | | | |
| **Análisis de Datos e Informes:** | | | | | |
| **Uso de los Resultados para apoyar las actividades de QI:** | | | | | |
| **Posibles Barreras:** | | | | | |

\*\*\* Este resumen debe ser llenado y entregado con el Acuerdo de Entendimiento firmado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma/Fecha