**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