|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anteproyecto: Identificación y descripción** | | | |
| Denominación del Proyecto:  Prestación/es o servicio/s a realizar:  Destinatario/s:  Tipo de Actividad (marcar todas las que corresponda):  Consulta ambulatoria  Práctica ambulatoria  Taller/Clase/Curso en HU  Extensión comunitaria (extramuros)  Actividad académica  Protocolo de investigación  Aporte innovador o distintivo para los destinatarios:  Beneficio para el HU:  Comentario adicional: | | | |
| **Equipo de Trabajo** | | | |
| **Cantidad total de participantes del proyecto:** | | | |
| Nombre y Apellido | **Coordinación** | **Horario a destinar para el proyecto** | **Rol/Descripción de tareas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Horarios propuestos para las actividades del proyecto (si corresponde)** | | | | | |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs |
| De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs |
| De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs | De …... a…... hs |

|  |
| --- |
| **Aspectos económicos** |
| ¿Es necesario realizar alguna inversión inicial? (Obras, equipamiento, RRHH adicional). Detallar presupuesto estimativo:   |  |  | | --- | --- | | **Detalle de inversión inicial** | **Gasto ($)** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   Costo estimado (mensual/periódico) en insumos y recursos:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Detalle insumos y recursos** | **Gasto ($)** | **Periodicidad del gasto** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Tiempo estimado de recuperación de la inversión inicial: |

|  |
| --- |
| **Espacio físico e insumos requeridos** |
| Descripción del espacio físico necesario para llevar a cabo el proyecto:  Descripción de insumos o equipamiento básico requerido: |

|  |
| --- |
| **Facturación de prestaciones (si corresponde)** |
| ¿Es necesario dar de alta códigos nuevos del nomenclador para facturar el nuevo servicio? Sí No  ¿Se trata de un servicio o prestación nueva para las Obras Sociales o Prepagas que requiere comercialización diferencial? Sí No  ¿Se han iniciado contactos con Obras Sociales o Prepagas destinadas a conocer el efectivo interés en contratar el nuevo servicio? Sí No  Comentario adicional sobre las formas de abordar la comercialización del servicio: |
| **Entidades externas** |
| ¿Participan en el proyecto otras entidades u organizaciones externas al Hospital Universitario? |
| **Seguridad del paciente** |
| Definición de riesgos conocidos e identificados. Detallar aspectos generales:  ¿Requiere la definición de un consentimiento informado? Sí |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Análisis de factibilidad** | | | | | |
| **Dirección General** | | **Dirección Asistencial** | | **Dirección Administrativa** | |
| Fecha: | ¿Visto bueno?  Sí  No | Fecha: | ¿Visto bueno?  Sí  No | Fecha: | ¿Visto bueno?  Sí  No |
| Firma | | Firma | | Firma | |
| Observaciones: | | Observaciones: | | Observaciones: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cronograma de Actividades Previas y Necesarias para la Iniciación del Proyecto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividades | Tiempo en Meses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |