Núm. de Proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Registro | 14 | **11|** | **2016** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Institución** | GRUPO DE RECUPERACION TOTAL RETO MERIDA AC |
| **Sector** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Organizaciones de la Sociedad Civil** | X | **Federal** |  | **Estatal** |  |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Municipal** |  | **UADY** |  |  |  |  |   Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| [Datos de la Dependencia](#_SOLICITUD_DE_REGISTRO_DE PROYECTO) : | |
| Nombre: | GRUPO DE RECUPERACION TOTAL RETO MERIDA AC |
| Dirección: | CALLE 25 # 247 X 22 y 24 COL. MIGUEL ALEMAM 97141 |
| Teléfono y fax: | OFICINA 999 9265681 CELL 99 91 00 3636 |

Día Mes Año

|  |
| --- |
| [Unidad Receptora](#_SOLICITUD_DE_REGISTRO_DE PROYECTO): |
| GRUPO DE RECUPERACION TOTAL RETO MERIDA AC |
|  |

[**Nombre del Proyecto Social**](#_Justificación_Social_(Máximo_¼ de p)**:**

**PROGRAMA DE APOYO PARA LA PREVENCION Y ATENCION DEL PACIENTE CON CANCER Y SU FAMILIA**

**Vigencia del Proyecto:** Seleccionar con una **X** el o los semestre(s) que el **proyecto estará vigente**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2017** | | **2018** | |
| Primer Semestre | Segundo Semestre | Primer Semestre | Segundo Semestre |
| **X** | **X** | **X** | **X** |

Nota: esta vigencia dependerá del desarrollo del proyecto durante el seguimiento y supervisión realizado por la Universidad Autónoma de Yucatán.

**Función en la que incide:** Seleccionar con una **X** la opción más adecuada (**marcar sólo una**).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  |  | Extensión | **X** |  | Investigación |  |

**Modalidad:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidisciplinario |  |  | Multidisciplinario | **X** |  | Interdisciplinario |  |

[**Área prioritaria de desarrollo**](#_SOLICITUD_DE_REGISTRO_DE PROYECTO)**:** Seleccionar con una **X** la opción más adecuada (**marcar sólo una**).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [Salud y Alimentación](#area" \o "Acciones encaminadas a satisfacer necesidades biopsicosociales, desde los ámbitos promoción, prevención y rehabilitación para la preservación de la salud.) | X | | [Preservación y Difusión de la cultura](#area) |  | |  | |
| [Económica](#area) |  | | [Medio Ambiente](#area) |  | |  | |
| [Vivienda y Urbanismo](#area) |  | [Justicia](#area) y Derecho | |  |  | |
| [Innovación Tecnológica](file:///C:\AppServ\www\F-DGDA-CE-O1-Formato%20de%20Solicitud%20de%20Registro%20de%20Proyectos-REV%2004.doc) |  | [Educación](#area) | |  |  | |

|  |
| --- |
| [Justificación Social](#_Justificación_(Máximo_¼_de página):" \o "Describir la prioridad social a la que se atiende a través de la prestación del S.S. La Prioridad debe estar fundamentada en una necesidad social vinculada con el área prioritaria de desarrollo, debe especificar el impacto esperado. (Resultado a obtener)) (Máximo ¼ de página): |
| ***La justificación debe contener la siguiente información:***  *¿Cuál es el Problema o Necesidad Social a atender?*  *La detección tardía del cáncer, por falta de información y sensibilización, es la causa de la muerte de la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer y en caso de sobrevivir su recuperación requiere mucho tiempo y recursos económicos pues los tratamientos son más agresivos y caros .Esto también afecta a la familia emocional y económicamente.*  *¿Cómo el proyecto atiende el problema o necesidad social?*  *Fomentamos en la sociedad el cuidado corporal , de la salud ,y la detección temprana del cáncer .,Al igual que la recuperación total , la reintegración familiar, productiva , comunitaria y el mejoramiento en la calidad de vida de mujeres que padezcan o hayan padecido cáncer integrando a familiares y a la sociedad en los cuidados y en potencializar las capacidades que cada una poseen*  *¿Cómo el proyecto contribuye a la formación profesional del estudiante?*  *El trabajo realizado por cada pasante amplía sus conocimientos por medio de la práctica y les da experiencia en el desempeño de su profesión .Fomenta el altruismo y empatía hacia sus usuarios reforzando sus valores.* |
| [**Objetivos Generales**](#_Justificación_(Máximo_¼_de página):) **y** [**Específicos**](#_Justificación_(Máximo_¼_de página):) **:** |
| **Objetivos Generales: Fomentar el cuidado de la salud , la correcta nutrición , el consultar con el ginecólogo y realizarse estudios de detección del cáncer a mujeres de la comunidad a través de la impartición de talleres encaminados a que las mujeres y sus familias se sensibilicen y tengan conocimientos que hagan su vida más sana y productiva.**  **En el caso de las pacientes ya diagnosticadas con cáncer brindarles platicas, consejerías y talleres encaminados a que tengan una vida digna hasta el último momento de esta.**  **Objetivos Específicos : Realizar platicas y talleres de nutrición , de aprendizaje de la autoexploración mamaria ,cuidados y factores de riesgo del cáncer , así como ferias de salud donde se realicen estudios y chequeos médicos para orientar al ciudadano y lograr una detección temprana del cáncer.**  **De manera gratuita en apoyo a las carencias económicas de ciertos sectores de la población.**  **Realizar pláticas, talleres y servicios de consejería sobre atención nutricional cuidados de fisioterapia, enfermería, psicología etc., ha pacientes con cáncer y sus familiares para lograr una recuperación total o una muerte digna.** |

|  |
| --- |
| **[Acciones a realizar, generales y por perfil (disciplina):](#_Metas:" \o "Enlistar las actividades que realizarán los prestadores así como el horario y los espacios o lugares donde éstas se llevarán al cabo. )** |
| 1.-Licenciatura en Trabajo Social :  Desarrollar modelos preventivos de salud.  Llevar acciones de capacitación que permitan habilitar tanto al paciente como al familiar.  Detectar causas y condiciones sociales que originan la falta de apego al tratamiento.  Generar procesos y mecanismos que permitan la obtención de recursos y requerimientos.  2.-Licenciatura en Psicología :  Desarrollar modelos preventivos de salud emocional .y mental.  Llevar acciones de capacitación para habilitar al paciente y al familiar para sobrellevar la enfermedad.  Generar procesos que apoyen al paciente para su recuperación.  3.-Liccenciatura en Nutrición :  Elaborar material de difusión de programas de salud enfocados a la correcta nutrición ,  Realizar programas de capacitación para La correcta nutrición del paciente oncológico para aumentar su calidad de vida.  4.-Licenciatura en Fisioterapia y Rehabilitación.:  Llevar acciones de capacitación que permitan habilitar al paciente en su recuperación pre y pos operatoria  Generar procesos que apoyen al paciente para su recuperación y rehabilitación física.  5.-Licenciartura en leyes :  Desarrollar acciones de capacitación que permitan habilitar al paciente y a sus familiares sobre sus derechos y obligaciones como paciente.  6.-Licenciatura en Enfermería :  Elaborar material de difusión de los programas de salud.  Realizar programas de capacitación, difusión , y promoción de talleres y programas educativos en salud  Difusión y promoción de talleres y programas educativos en salud.  7.-INGENIERIA en informática o sistemas computacionales :  Creación de programas de difusión y promoción de los servicios y necesidades de la AC. En las redes web  Para promover y generar la educación y sensibilización acerca de la detección temprana del cáncer en la sociedad  8.-Licenciatura en Mercadotecnia :  Crear material de difusión de programas educativos en salud.  Elaborar proyectos de difusión que permitan la generación de mecanismos de obtención de recursos y requerimiento. |
| [**Beneficiarios d****irectos del proyecto**](#beneficio)**:** |
| 1 PACIENTES CON CANCER  2 FAMILIARES DE PACIENTES CON CANCER .  3 PUBLICO EN GENERAL |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[Recursos con los que dispondrá el prestador](#recurso" \o "Describir o enlistar  los recursos disponibles para el desarrollo de las actividades descritas que el prestador realizará.):** | | | | | | |
| Materiales: UNIFORMES , COMPUTADORA ,CAÑON , MICROFONOS , PAPELERIA , TELEFONO , CONSULTORIO MEDICO , EQUIPO PARA EXPLORACIONES , VENDAS ,BASCULA DE BIOIMPEDANCIA ELECTRICA , CINTA ANTROPOMETRICA . | | | | | | |
| Humanos: COORDINACION Y SUPERVICION PROFESIONAL POR AREA | | | | | | |
| Infraestructura: CONSULTORIO MEDICO EQUIPADO , OFICINA Y EQUIPO PARA IMPARTIR Platicas | | | | | | |
| Apoyo Económico: | Si |  | No | x | **Monto Mensual** | $ |
| **Viáticos:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Alimentos |  |  | Transporte |  |  | No Aplica |  | | | | | | | |
| [**Horario del Prestador:**](#numero) **de 8 am a 13 horas y de 5 pm a7 pm de lunes a viernes .** | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| [**Número y perfil de los prestadores solicitados**](#numero)**:** |

**Nombre de la Licenciatura No. de prestadores Nombre de la Licenciatura No. de prestadores**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-.LIC. en PSICOLOGIA - | 5 | 5.-LIC. en FISIOTERAPIA Y REHABILITACION | 2 |
| 2.-LIC. en ENFERMERIA | 2 | 6.-LIC. en MERCADOTECNIA | 2 |
| 3.-LIC.en NUTRICION | 1 | 7.-ING..INFORMATICA Y PROGRACION | 1 |
| 4-.LIC. en TRABAJO SOCIAL | 2 | 8.-LIC. en LEYES | 1 |

**Estrictamente de acuerdo con el catálogo descrito en el** [**instructivo**](http://www.uady.mx/sitios/serv_soc/instructivo.doc)**. En ningún caso un perfil podrá sustituir a otro.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número total de prestadores solicitados**: | 16 |

|  |
| --- |
| [**Inducción**](#induccion)**:** |
| Descripción:  **1.-Tendra una duración de 6 días un total de 24 horas. Horario matutino de 8 am a 12 pm , Horario vespertino de 3 pm a 7 pm**  **2.­­- Responsable LEP. Esther Frine Manuela de Atocha Vela Vargas la cual dará a conocer programas, actividades del proyecto. Así como la organización , metas a alcanzar población usuaria ,formatos , normatividad, horarios , presentación del equipo reto y jefes de áreas ( medica, enfermería y Trabajo social ) en cada hospital .**  **Se realizara recorridos por los hospitales, información sobre protocolos a seguir.**  **Un día será para pláticas y talleres a pasantes y residentes en la clínica UMAE IMSS que impartirá La DRA María del Carmen Castillo Valdez Jefa de División de Educación en Salud de la clínica UMAE IMSS.**  **Otro día será para las pláticas en las instalaciones del HOSPITAL AGUSTIN OHORAN realizada por el jefe de enseñanza de dicho hospital** |
| **Duración en** **horas** de la inducción  6 DIAS 24 horas |
| [**Supervisión y evaluación del desempeño del prestador por parte del responsable directo**](#supervision)**:** |
| Instrumentos  Listas de Cotejo (mensual), Bitácora,(mensual ) Diario de Campo, (mensual ),Informes,(mensual ) Control de Asistencia (semanal), Evaluación por jefe de área y encargada.(mensual) |
| Periodicidad (semanal, mensual, etc.):  MENSUAL |
| Criterios (desempeño, actitudes, habilidades, etc.):  DOMINIO DEL TEMA DE CADA AREA  CAPAC IDAD PARA TRANSMITIR LA INFORMACION CORRECTA , UTIL , Y PERTINENTE  HABILIIDAD PARA COMUNICARSE EXITOSAMENTE TANTO EN LA CONSULTA INDIVIDUAL COMO EN LAS SESIONES GRUPALES.  RESPETO , PUNTUALIDAD E INTERVENCION BASADA EN UNA ETICA PROFESIONAL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable(s) de (los) Prestador(es)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre | Perfil a Supervisar | Email | Teléfono | | LEP. ESTHER FRINE VELA VARGAS | REPRESENTANTE LEGAL Y PRESIDENTA DEL LA MESA DIRECTIVA | gruporetomerida@hotmail.com | 99 91 003636 | | LTS GUADALUPE EZPARZA DIAZ | LTS CON 25 AÑOS DE ESPERIENCIA |  | 99 91 466896 | | Maestra, en Psc, Infantil . LIGIA VALENCIA RODRIGUEZ | MAESTRA EN PSICOLOGIA INFANTIL EGRESADA DE LA UADY .ENCARGADA DEL DETARTAMENTO DE PSICOLOGIA |  | 9991 638563 | | ABOGADA MARGARITA DEL PILAR VELA VARGAS | MAESTRA EN LEYES Y JUEZ 3 CIVIL DEL PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE YUCATAN |  | 9238668 | | DRA.GINECOLOGA ANA LAURA HERRERA LOPEZ | MEDICA GINECOLOGA Y ENCARGADA DL PROGRAMA EDUCATIVO RETO MERIDA |  | 99 97 38 5424 | |

LE María Asunción Collí LE. Responsable del área de enfermería 9991 27 48 81

Chulin

[**Responsable del Proyecto**](#rproyecto)

|  |
| --- |
| ESTHER FRINE MANUELA DE ATOCHA VELA VARGAS  PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA  firma y sello |
| Nombre:Esther Frine MANUELA DE ATOCHA Vela Vargas  Cargo: Presidenta de la mesa Directiva |
| Email:gruporetomerida@ Hotmail.com |
| Teléfono:oficina 999 9265681 cell.9991 00 36 36 |

* Favor de llenar a computadora, dejarlo en archivo de **Word 2007 o superior**, **NO USAR** formato **PDF o JPG**.
* Favor de llenar el anexo (**Cuadro 1, no es necesario imprimirlo),** a este formato de solicitud de registro.

**Dirección General de Desarrollo Académico**

Sistema de Atención Integral al Estudiante

Programa Institucional de Servicio Social

**Cuadro 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Dependencia** | **Dirección y Teléfono** | **Correo Electrónico para envío-recepción de información** | **Nombre del Proyecto** | **Nombres de Responsables** | **Perfil(es) Solicitado(s)** | **Cantidad de Prestador(es)** |
| **GRUPO DE RECUPERACION TOTAL RETO MERIDA AC** | **GRUPO DE RECUPERACION TOTAL RETO MERIDA AC** | **CALLE 25 CALLE 25 # 247 X 22 Y 24 COL. MIGUEL ALEMAN 97141**  **999 9265681 CELL. 99 91 00 36 36** | **gruporetomerida@hotmail.com** | **Programa de Apoyo para la Prevención y Atención del Paciente con cáncer y su Familia** | **Proyecto:**  **Esther Frine Manuela de Atocha Vela Vargas**  **Prestador:**  **UADY** | **Lic. PSICOLGIA** | **6** |
| **Lic. ENFERMERIA** | **2** |
| **Lic. NUTRICION** | **3** |
| **Lic. EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACION** | **4** |
| **Lic. EN TRABAJO SOCIAL** | **3** |
| **Lic. en LEYES**  **Lic. en MERCADOTECNIA**  **INGENIERIA EN INFORMATICA** | **2**  **2**  **1** |

* Favor de llenar todas las columnas de Cuadro 1.