| Fecha: |  |
| --- | --- |

**Datos de contacto de la Asociación**

| Nombre de la Organización |  |
| --- | --- |
| Fecha de Fundación |  |
| Correo Electrónico General |  |
| Teléfono con código del país |  |
| Página Web |  |
| Facebook |  |
| Instagram |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Código Postal |  |
| País |  |

**Información de contacto del Representante en Alianza Latina**

Proporcione los detalles de la persona que será el representante de la asociación en Alianza Latina (debe ser uno de los directores de su organización)

| Nombre |  |
| --- | --- |
| Cargo |  |
| Correo electrónico |  |
| Celular con código del país |  |
| WhatsApp con código del país |  |

**Información sobre la actuación de la Asociación**

Área geográfica de operación:

|  | Local (en la ciudad) |  | Regional (en el estado) |  | Nacional (todo país) |  | Internacional (otros países) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Patología principal:

|  | Cáncer |  | Cáncer de la sangre |  | Enfermedades raras |  | Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNTs |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Informe las patologías más prevalentes atendidas por la asociación, si es posible con la clasificación internacional de enfermedades:

|  |
| --- |

Marque todos los servicios ofrecidos por la asociación:

| Apoyo al paciente: | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Emocional y psicológico |  | Fisioterapia | | |  | Nutrición |
|  | Trabajo social |  | Atención social | | |  | Donaciones |
|  | Medicamentos |  | Trasplante | | |  | Atención integral |
|  | Cuidados paliativos |  | Terapia ocupacional | | |  | Apoyo financiero para famílias |
|  | Consultas médicas |  | Rehabilitación e inclusión | | |  | Inserción en el mercado de trabajo |
|  | Orientación sobre el tratamiento |  | Actividades recreativas y lúdicas para las famílias | | | | |
| Formación y educación: | | | | | | | |
|  | Para pacientes | | |  | Para médicos y profesionales de la salud | | |
| Campaña de sensibilización y educación: | | | | | | | |
|  | Para pacientes y público en general | | |  | Para médicos y profesionales de la salud | | |
| Otros: | | | | | | | |
|  | Investigación de recorrido del paciente | | |  | Advocacy y Políticas Públicas | | |
|  | Especificar: | | | | | | |

Proporcione un breve resumen de las principales actividades y proyectos de la organización.

|  |
| --- |

¿Cuál es la misión de la organización?

|  |
| --- |

Describa su público objetivo (número de pacientes, edad, sexo, nivel educativo, necesidades especiales, etc.)

|  |
| --- |

Proporcione una breve descripción del entorno en el que opera su organización (recursos disponibles, estado actual del sistema de salud, etc.)

|  |
| --- |

¿Cuál es el presupuesto para desarrollar y ejecutar los principales proyectos de la organización?

|  |
| --- |

¿La organización tiene un registro de pacientes?

|  | Sí |  | No |
| --- | --- | --- | --- |

Si es así, ¿cómo se mantiene este registro?

|  |
| --- |

**Resultados**

Mencione los resultados obtenidos por la organización:

|  |
| --- |

¿Cómo se miden y controlan los resultados?

|  |
| --- |

¿La organización logra el impacto deseado? ¿Qué se necesita para que la organización alcance sus objetivos?

|  |
| --- |

¿Cuáles son los planes de la organización para el futuro?

|  |
| --- |

**Estructura y Recursos**

¿Cuál es el número de empleados/colaboradores?

|  |
| --- |

Describa la estructura organizativa de la organización (directores, empleados, profesionales especializados y voluntarios).

|  |
| --- |

¿Cuáles son las fuentes de fondos de la organización?

|  |
| --- |

¿Cuenta la organización con el apoyo de otras entidades? (gobierno, empresas, asociaciones, etc.)

|  |
| --- |

Escriba un breve párrafo explicando por qué su organización quiere ser parte de Alianza Latina y cómo puede contribuir a ella:

|  |
| --- |

**Declaración para Nuevos Miembros:**

|  | Sí | No |
| --- | --- | --- |
| ¿La asociación está reconocida y registrada como una entidad legal y sin fines de lucro en su país de origen en América Latina? |  |  |
| ¿El foco principal de la asociación es en patologías crónicas, como el cáncer, el cáncer de la sangre, las enfermedades raras o las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs)? |  |  |
| ¿Es la protección, el apoyo y la atención de los pacientes el objetivo principal de la asociación? |  |  |
| ¿Están los pacientes y/o sus representantes (padres, familiares) involucrados en la administración y en los comités de la organización? |  |  |