



Educación para el Autocontrol de Enfermedades Crónicas

Evaluación del Taller

¡Gracias por participar en este taller! Tómese unos minutos para responder a estas preguntas a continuación para ayudarnos a continuar mejorando.

Nombres de líderes: _____

Ubicación del taller: _____ Fecha de hoy: _____

Encierre en un círculo el número que mejor muestra cómo se siente con este taller:

	Totalmente en desacuerdo ☹	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo ☺
1. El taller se ofreció en un buen horario.	1	2	3	4	5
2. La ubicación del taller cumplió con mis necesidades.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones del taller estaban bien organizadas.	1	2	3	4	5
4. Los líderes estaban cómodos liderando las clases.	1	2	3	4	5
5. Los líderes respetaban las necesidades y diferencias de los miembros del grupo.	1	2	3	4	5
6. Recomendaría este taller a otros.	1	2	3	4	5
7. Ahora me siento más positivo en el manejo de mis afecciones de salud.	1	2	3	4	5
8. Seguiré usando las habilidades de autocontrol aprendidas en este taller.	1	2	3	4	5

Ver página siguiente 

9. ¿A cuántas clases asistió?

- A las 6 clases
- 5 clases
- 4 clases
- 3 o menos clases

10. Si faltó a una clase, ¿cuál fue la razón? (marque todas las que correspondan)

- Enfermedad
- Asuntos familiares
- Me olvidé
- El taller no cumplió con mis expectativas
- Otras: _____

11. ¿Qué le gustó más sobre este taller?

12. ¿Qué cambiaría de este taller?

Nombre (opcional): _____

¡Gracias!

