

Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas

Evaluación del Taller Tomando Control de su Salud



¡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 cuánto está de acuerdo con estas declaraciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El taller se ofreció en un horario conveniente.	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 eran informados y efectivos.	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 seguro en el manejo de mis condiciones 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 sesiones asistió?

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

Si faltó a una sesión, ¿cuál fue la razón?

- Enfermedad
- Asuntos familiares
- Se me olvidó
- El taller no cumplió con mis expectativas
- Otras: _____

10. ¿Qué le gustó más sobre este taller?

11. ¿Qué cambiaría de este taller?

Nombre (opcional): _____

¡Gracias por compartir sus comentarios!