Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas
Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Evalúe el taller según los siguientes criterios marcando la columna adecuada que mejor corresponda a su respuesta:

Nombre del Líder: _____ Fecha: _____

Ubicación del taller: _____

Lista de verificación (uso para cada sesión observada)				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Llegó a tiempo para la configuración, tiempo de inicio y preparado para liderar la sesión				
Siguió el proceso y el contenido del Manual de Líderes				
Ejemplificó las actividades de la sesión en forma correcta				
Trabajó como socio con co-líderes				
Cumplió con los plazos de tiempo				
Usó técnicas de lluvias de ideas en forma correcta (es decir, repitió pregunta, usó silencio, ofrece su propia respuesta sólo al final de la lluvia de ideas)				
Fomentó la participación grupal				
Ejemplificó la planificación de la acción en forma correcta				
Reforzó en forma positiva a los miembros del grupo				
Manejó personas con problemas en forma adecuada				
Sala adecuada en referencia con: asientos, iluminación, temperatura, ADA, ruidos y distracciones, capacidad de todos los participantes de ver y oír				

Sesión observada_____ Nombre del observador_____

Sesión 1. Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Lista de verificación				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Relacionó problemas identificados por el participante con los asuntos del programa en las generalidades				
Después de 3 "sí, pero" siguió adelante				
Resumió cada plan de acción al usar el estándar: Algo que el participante desea hacer Alcanzable Específico de la acción Responde a preguntas de qué, cuánto, cuándo, con cuánta frecuencia, nivel de confianza 7 o superior				
Para los niveles de confianza inferiores a 7, orientación hacia la identificación de barreras				

Comentarios

Firma del observador_____

Sesión 2. Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Lista de verificación				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Felicitó un ajuste/modificación adecuado del plan de acción				
Si el plan de acción no se alcanzó, preguntó si se desea ayuda del grupo				
Ejemplificó los pasos de resolución de problemas				
Especificó por escrito o en forma de diario o la actividad física para tratar con situaciones difíciles				

Comentarios

Firma del observador_____

Sesión 3. Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Lista de verificación				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Demostró correctamente la técnica de respiración diafragmática y de labios fruncidos				
Creó un ambiente amable para el ejercicio de relajación				
Códigos de color para cansancio /dolor				
Durante el control de resistencia, un líder marchó en el lugar y el otro lideró la orquesta				
Explicó claramente estableciendo referencias con ejemplos de tiempo y/o de distancia				

Comentarios

Firma del observador_____

Sesión 4. Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Lista de verificación				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Trajo ejemplos de etiquetas de alimentos a la clase				
Explicó claramente y permitió suficiente tiempo para la actividad en grupo pequeño con las etiquetas de alimentos				
Presentó información sobre dónde ubicar Directivas anticipadas en la comunidad				
Describió la alimentación sana no como una dieta, sino como la elaboración de pequeños cambios				
Mencionó el sobrepeso y el peso deficiente				
Explicó claramente los mensajes de "Yo"				
Durante la actividad de resolución de problemas: Mencionó problemas con la comunicación **Mantuvo los informes concisos** Declaración del problema Solicitó hasta 3 ideas Declaró la elección de idea Verificó con el socio si es correcto				

Comentarios

Firma del observador_____

Sesión 5. Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Lista de verificación				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Incluyó información en cursiva para los medicamentos y las decisiones de tratamiento informado				
Se observó la necesidad de tratamiento profesional para la depresión grave				
Ofreció tiempo para que los participantes sugieran cambios para las declaraciones negativas				

Comentarios

Firma del observador_____

Sesión 6. Lista de Verificación de Fidelidad del Taller/Tomando Control de su Salud

Lista de verificación				
	Sí	**Necesita mejorar**	**No**	**N/C**
Definió claramente la organización de atención médica en comparación con el proveedor de atención médica				
Ejemplificó claramente un plan de 3 a 6 meses				

Comentarios

Firma del observador_____