



Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition
 Form B.6 Spanish
 (Reviewed and Approved)

EVALUACIÓN DE TALLER Cuestionario

1 = Pre-Test

2 = Post-Test

NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTE FORMULARIO.

Fecha:

Lugar:

Circule el número que representa su opinión

1. EVALÚE ESTOS ASPECTOS DE LA CAPACITACIÓN.	Pobre	Regular	Bueno	Excelente
Formato/Agenda/Horario del Programa	1	2	3	4
Duración del Taller	1	2	3	4
Horario de Taller	1	2	3	4
Actualidad de la Información	1	2	3	4
Relevancia de la información a mis necesidades	1	2	3	4
Oportunidad para hacer preguntas	1	2	3	4
Interacción con los participantes y los facilitadores	1	2	3	4
Conocimientos de los facilitadores	1	2	3	4
Materiales y recursos	1	2	3	4
Transparencias o videos	1	2	3	4
Aspectos culturales y sociales de las diabetes	1	2	3	4
Lugar y ambiente del taller	1	2	3	4

2. ¿HASTA QUE PUNTO....	Nada	Algo			Todos
¿Crees que los siguientes objetivos se cumplieron?					
1.	1	2	3	4	5

2.	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
¿El taller alcanzó tus expectativas?	1	2	3	4	5
¿Participarías en otro taller similar?	1	2	3	4	5

Describe algo importante que aprendió

¿Qué le gustó más de este taller?

¿Qué le gustó menos de este taller?

Por favor escriba sus comentarios: