



**Evaluación del Módulo 1 de Cuidado infantil familiar**

**Formulario de evaluación de la sesión**

**Instrucciones:** Tómese unos minutos para darnos su opinión sobre la sesión de capacitación a la que asistió. Marque la casilla que corresponda a su opinión en cada enunciado. Cuando termine de completar la encuesta, entréguela a su instructor. **Nota: Este formulario también está disponible en Survey Monkey, [aquí](#).**

1. Fecha de la sesión: \_\_\_\_\_ 2. Nombre del instructor: \_\_\_\_\_

3. Código postal de la sesión: \_\_\_\_\_ 4. Condado de la sesión: \_\_\_\_\_

5. **Afiliación al programa** (marque la opción que corresponda a su situación):

<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Preescolar
<input type="checkbox"/> Intervención temprana (Early Intervention, EI)	<input type="checkbox"/> Prekínder	<input type="checkbox"/> Educación especial de prekínder	<input type="checkbox"/> Jardín de infantes al 3.º grado (K-3)
<input type="checkbox"/> Institución de educación superior	<input type="checkbox"/> Hospital o clínica médica	<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services)	
<input type="checkbox"/> Agencia de recursos y remisiones de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Trabajador independiente	<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	

6. **Puesto** (marque la opción que corresponda a su situación):

<input type="checkbox"/> Administrador	<input type="checkbox"/> Docente	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional/ Fisioterapeuta (OT/PT)	<input type="checkbox"/> Visitante a domicilio
<input type="checkbox"/> Coordinador educativo	<input type="checkbox"/> Asistente de docentes	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Miembro del cuerpo docente
<input type="checkbox"/> Coordinador de discapacidades	<input type="checkbox"/> Educador familiar	<input type="checkbox"/> Instructor/Prestador de asistencia técnica	
<input type="checkbox"/> Trabajador social/Consejero de salud mental (MHC)	<input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil familiar	<input type="checkbox"/> Personal de apoyo de conducta positiva	
<input type="checkbox"/> Enfermero con práctica médica autorizado/Enfermero acreditado (LPN/RN)	<input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil familiar grupal	<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	

7. **Condados en los que presta servicios:** \_\_\_\_\_

8. **Cantidad de niños de entre 0 a 5 años a los que presta servicios directa e indirectamente (si es administrador o instructor):** \_\_\_\_\_

Marque la casilla que mejor describa su opinión luego de haber asistido a esta capacitación...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Completamente de acuerdo
9. He aprendido más estrategias para fomentar el desarrollo socioemocional de los niños.					
10. Puedo describir la relación entre el desarrollo socioemocional de los niños y sus conductas desafiantes.					



Marque la casilla que mejor describa su opinión luego de haber asistido a esta capacitación...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Completamente de acuerdo
11. Ha mejorado mi comprensión del impacto que tienen las reacciones, respuestas y prácticas de los adultos en las conductas de los niños.					
12. Puedo describir la relación entre las variables del entorno, las conductas desafiantes y el desarrollo socioemocional.					
13. He aprendido estrategias para desarrollar relaciones positivas con niños, familias y colegas.					
14. He aprendido estrategias para diseñar entornos, horarios y rutinas, estructurar transiciones y planificar actividades que promuevan el compromiso.					
15. He aprendido estrategias para ayudar a los niños a aprender expectativas y rutinas.					
16. Siento que he adquirido habilidades para brindar un cuidado propicio y sensible.					
17. La capacitación estuvo bien organizada y fue clara.					
18. Los presentadores estaban bien informados y su estilo fue eficaz.					
19. Hubo suficientes oportunidades para hacer preguntas y obtener información de los presentadores.					

Responda las siguientes preguntas relacionadas con esta capacitación:

20. Enumere 3 puntos de aprendizaje de la capacitación del Módulo 1 de Cuidado infantil familiar:

- 1.
- 2.
- 3.



**21. Enumere 3 medidas que tomará en los próximos meses como resultado de la capacitación del Módulo 1 de Cuidado infantil familiar:**

1.

2.

3.

**22. Realmente me gustó la manera en la que...**

**23. La capacitación hubiera sido mejor si...**

**24. Otras reacciones relacionadas con esta capacitación:**

[Dé vuelta la página]



25. ¿Cómo se enteró por **primera** vez de la capacitación? (Marque solo UNA opción):

- Por medio de un amigo/colega
- En mi lugar de trabajo
- Calendario de Aspire
- Calendario de NYSPEP
- Lista de distribución (especifique el nombre de la lista de distribución):
- Otro (explique):

26. ¿Recomendaría esta capacitación a otras personas?  Sí  No

27. Costo de la sesión: \_\_\_\_\_

28. Otros comentarios y reacciones que desee compartir:

29. ¿Podemos comunicarnos con usted en el futuro para conocer más sobre su experiencia?  Sí  No

*Nota: Su información personal **no** se divulgará al instructor; solo se utilizará para ayudar a mejorar la implementación del Esquema piramidal.*

a) Nombre: \_\_\_\_\_

b) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

30. ¿Le interesaría participar en una capacitación individual para apoyar la implementación de las estrategias del Esquema piramidal en su clase/programa?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", complete la siguiente información.

*Nota: Su información personal **no** se divulgará al instructor; solo se utilizará para contactarlo a fin de brindarle más información sobre la capacitación.*

a) Nombre: \_\_\_\_\_

b) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

c) Número de teléfono: \_\_\_\_\_

d) Programa: \_\_\_\_\_