

## Tomando Control de su Salud Resumen del Programa

*Favor de mandar este formulario y el formulario "Información del Participante" a 800 NE Oregon St, Suite 730, Portland, OR 97232 o por fax al 971-673-0994 dentro de dos semanas de completar un programa en la comunidad.*

Nombres de líderes/instructores: \_\_\_\_\_

Fechas del programa: \_\_\_\_\_ Ubicación del programa: \_\_\_\_\_

¿Cobro por el programa?  No  Sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

Número de personas que se registraron: \_\_\_\_

Número de personas que asistieron a por lo menos 1 sesión : \_\_\_\_

Número de personas que asistieron a por lo menos 4 de las 6 sesiones: \_\_\_\_

¿Cómo reunió participantes para este programa?

- Volantes/folletos                       Presentaciones a grupos en la comunidad  
 Periódico/radio/televisión            Recomendación de otras agencias  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Qué funcionó bien? (número de participantes, programa, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tuvieron alguna duda o dificultad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fechas de su próximo programa? ¿Cómo podemos ayudarles? \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque aquí si desea que alguien del Departamento de Servicios Humanos DHS se comunice con usted para ayudarlo o darle sugerencias. Favor de anotar su nombre, teléfono o dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

*¿Preguntas o sugerencias? Llame al 971- 673-0984. ¡Gracias!*