



---

## Resumen del programa

---

**Instrucciones para los líderes del programa:** Por favor de dar los datos solicitados sobre este taller. Escriba en letra de imprenta.

1. Lugar del taller: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

2. Organización con licencia / patrocinadora: \_\_\_\_\_

3. Nombres de los líderes del grupo (nombre y apellido completos). Si nos permiten comunicarnos con ustedes en caso de tener dudas sobre estos formularios, incluyan también su número de teléfono.

\_\_\_\_\_  
Nombre Apellido  Empleado  Voluntario N° teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Apellido  Empleado  Voluntario N° teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4. Fecha de inicio del taller (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de finalización del taller (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

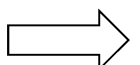
5. Ofreció usted la “sesión 0” con el taller? (Sesión 0 es un taller opcional antes de el programa. No todos los talleres ofrecen una sesión 0.)

Sí  No  No se

6. ¿Qué tipo de taller es éste? (marque sólo una)

- Tomando Control de su Salud
- Manejando su Salud con VIH/SIDA
- Programa de Manejo Personal de la Diabetes

**Siga al dorso**





---

## **Resumen del programa – Continuación**

---

7. Número de participantes *inscritos* que asistieron a menos de una sesión\*: \_\_\_\_\_

8. Número de participantes que *completaron al menos 4 sesiones*\*: \_\_\_\_\_

\* Excepto la "Sesión 0", si se ofreció.

9. ¿Se usó una "Lista de Observación de Fidelidad - Tomando Control de su Salud" para observar y evaluar la fidelidad al programa durante esta serie de talleres?

Sí     No     No corresponde: ya se evaluó la fidelidad de los líderes durante este año

10. Numero de formularios de información sobre el participante que fueron completadas y devueltas: \_\_\_\_\_

*Si el numero de formularios es menor que el numero de participantes en la pregunta #7, por favor explique la causa (enfermedad, no quiso responder, se perdió el formulario, etc.).*

---

### **Instrucciones**

Envíe los siguientes formularios al programa *Living Well* de Oregón dentro de una semana después de la última sesión:

Este *Resumen del Programa*.

*Registro de Asistencia*.

Todos los formularios de *Información sobre el Participante* completos.

Si tiene alguna duda o comentario, llame al programa *Living Well* de Oregón al 888-576-7414 o escriba a [living.well@state.or.us](mailto:living.well@state.or.us).

Oregon Public Health Division  
Health Promotion & Chronic Disease Prevention Program, attn: Living Well  
800 NE Oregon St., Ste. 730  
Portland, OR. 97232-2162