

Encuesta a los presentadores

Estimado Presentador:

Gracias por ayudarnos a evaluar *Poison Control In Action...*
An Adult Education Program that Saves Lives. Sus comentarios son importantes para determinar la eficacia de este programa y para orientar nuestras futuras acciones educativas.

Nombre: _____	
Título: _____	Correo electrónico: _____
Organización: _____	Teléfono: _____
Dirección de la organización: _____	
Ciudad: _____	
Estado: _____	Código postal: _____

- ¿Dio clases sobre prevención de intoxicaciones en adultos antes de recibir este programa? SÍ NO En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
 ¿Qué materiales utilizó? _____
- ¿Cómo llegó a usted el programa *Poison Control In Action*? _____
- ¿A qué grupos les presentó *Poison Control In Action*? _____
 ¿Dónde se realizaron las presentaciones (por ejemplo, escuela, centro comunitario, etc.)? _____
- ¿Qué materiales utilizó?
 - **VÍDEO** SÍ NO En ambos casos, ¿por qué? _____
 - **GUÍA PARA EL PRESENTADOR** SÍ NO En ambos casos, ¿por qué? _____
 - **FOLLETO PARA ENTREGAR A LOS PARTICIPANTES** SÍ NO En ambos casos, ¿por qué? _____
 - **PEGATINAS DEL CENTRO DE CONTROL DE INTOXICACIONES** SÍ NO En ambos casos, ¿por qué? _____
5. Califique los siguientes componentes:

VÍDEO	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente
GUÍA PARA EL PRESENTADOR	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente
FOLLETO	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente
PEGATINAS	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente
6. ¿Cuántos programas ha presentado desde que recibió estos materiales? _____
 Cantidad promedio de adultos que asistió a cada presentación: _____
 Tiene planeado presentar programas adicionales en los próximos 12 meses? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
 En caso negativo, ¿por qué? _____
7. ¿Le recomendaría este programa a un colega? ¿Por qué sí o por qué no? _____
8. ¿Necesita más pegatinas del Centro de Control de Intoxicaciones? En ese caso, ¿cuántas? _____
9. ¿Quisiera que un educador del Centro de Control de Intoxicaciones le llame para analizar otros materiales o programas que pueden estar disponibles? SÍ NO En caso afirmativo, deje su número de teléfono: _____
 Comentarios/sugerencias: _____

Comentarios adicionales: _____

¡Gracias!

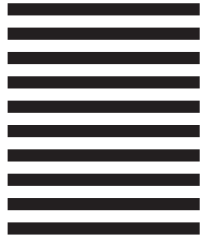


©2003, American Association of Poison Control Centers
Este programa fue avalado por el Número de Acuerdo Cooperativo U50/CCU317503-03 de los U.S. Centers for Disease Control and Prevention (Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente representa la opinión oficial de los U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 1654 WASHINGTON, DC
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



AMERICAN ASSOCIATION OF POISON CONTROL CENTERS INC
3201 NEW MEXICO AVE NW STE 330
WASHINGTON DC 20016



Un Programa Educativo Para Adultos que Puede Salvarle la Vida
1-800-222-1222
INTOXICACIONES EN ACCIÓN
ENVENENAMIENTOS E
CENTRO DE CONTROL DE

Cierre con cinta.