

Evaluación de la Capacitación

Tómese unos minutos para dar su opinión sobre esta capacitación. Su evaluación ayuda a DBHDS a proporcionar una capacitación útil para futuros participantes. Gracias por su participación.

# CIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA BASÁNDOSE EN SU OPINIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy Satisfecho | Satisfecho | Neutral | Insatisfecho | Muy Insatisfecho |
| 1. ¿Qué tan satisfecho está con el proceso de inscripción/registro? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la capacitación en general? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. ¿Qué tan satisfecho está con el instructor? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. ¿Qué tan satisfecho está con la selección de la ubicación?  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. ¿Se siente cómodo con el procedimiento para administrar naloxona a una persona que sufre una emergencia por sobredosis de opioides? | Sí | No |  |
| En caso negativo, utilice el espacio a la derecha para describir por qué no: |  |
| 6. ¿Planea obtener naloxona? | Sí | No |  |
| En caso negativo, utilice el espacio a la derecha para describir por qué no: |  |

**7. Comparta cualquier información que nos ayudaría a mejorar esta capacitación:**