



Módulo 4. Preescolares

Formulario de evaluación de la sesión

Instrucciones: Por favor, tómese un momento para proporcionarnos sus comentarios sobre esta sesión de capacitación a la cual usted asistió. Marque la casilla que corresponda a su opinión sobre cada enunciado. Cuando termine la encuesta, entréguesela a su instructor. **Nota: Este formulario también está disponible a través de Survey Monkey en el sitio web del Consejo Asesor sobre la Infancia Temprana del estado de Nueva York (NYS Early Childhood Advisory Council) en: <http://bit.ly/NYpyramid>**

1. Fecha de la sesión: _____ 2. Nombre del instructor: _____

3. Código postal del lugar donde se realizó la sesión: _____ 4. Condado donde se realizó la sesión: _____

5. Afiliación al programa (marque la opción que mejor se adapte a usted):

<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Cuidado de menores	<input type="checkbox"/> Preescolar
<input type="checkbox"/> Intervención temprana (EI)	<input type="checkbox"/> Prekinder	<input type="checkbox"/> Prekinder educación especial	<input type="checkbox"/> Kindergarten hasta tercero
<input type="checkbox"/> Institución de educación superior	<input type="checkbox"/> Hospital/clínica médica	<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales	
<input type="checkbox"/> Recursos y agencia de remisión para el cuidado de menores		<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	

6. Puesto (marque la opción que mejor se adapte a usted):

<input type="checkbox"/> Administrador	<input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional/fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Visitante a domicilio
<input type="checkbox"/> Coordinador de educación	<input type="checkbox"/> Asistente de maestro	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Miembro de la facultad
<input type="checkbox"/> Coordinador de discapacidad	<input type="checkbox"/> Educador familiar	<input type="checkbox"/> Instructor/proveedor de asistencia técnica	
<input type="checkbox"/> Trabajador social/asesor de salud mental		<input type="checkbox"/> Personal de apoyo conductual positivo	
<input type="checkbox"/> Enfermera práctica autorizada (LPN)/enfermera registrada (RN)		<input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	

7. Condados que atiende: _____

8. Número de niños entre 0 y 5 años de edad que atiende, directa o indirectamente (si es un administrador o un instructor): _____

9. Marque con una "X" la casilla que describa mejor la opinión que tiene como resultado de haber asistido a esta sesión de capacitación.	Completamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Completamente En desacuerdo
Puedo describir un marco de trabajo basado en la evidencia para abordar comportamientos desafiantes, y el desarrollo social y emocional.				
Aprendí estrategias para solucionar los retos de la implementación de prácticas basadas en evidencia en los programas locales.				
Puedo describir estrategias de liderazgo, incluida la colaboración, la planificación, el desarrollo del personal y la planificación en todo el programa.				
Puedo identificar los pasos para la planificación colaborativa para los programas y sistemas que apoyan todo el desarrollo social y emocional de los niños pequeños.				



Aprendí estrategias y actividades que usaré en mi trabajo como Instructor del modelo piramidal.				
Me siento seguro de tener las capacidades necesarias para dar formación a otras personas sobre el modelo piramidal.				
10. Marque con una "X" la casilla que describa mejor la opinión que tiene del instructor después de haber asistido a esta sesión de capacitación.	Completamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
Los instructores conocían bien el contenido.				
Los instructores presentaron el contenido con eficacia.				

Responda las siguientes preguntas relacionadas con esta capacitación. Recuerde que sus comentarios son importantes para mejorar la práctica del instructor.

11. Los mejores aspectos de esta sesión de capacitación fueron:

12. Mis sugerencias para mejorar son:

13. Enumere 2 medidas que tomará en los próximos meses como resultado de esta sesión de capacitación:

a)

b)



14. ¿Cómo se enteró por **primera** vez sobre esta capacitación? (marque una opción)

- De parte de un colega/amigo
- En mi lugar de trabajo
- Calendario Aspire
- Calendario NYSPEP
- Lista de distribución por correo electrónico (Especifique el nombre de la lista de distribución por correo electrónico):
- Otro (explique):

15. ¿Les recomendaría esta capacitación a otras personas? Sí No

16. Costo de esta sesión: _____

17. Otros comentarios y reacciones que quisiera compartir:

18. ¿Podemos comunicarnos con usted en el futuro para saber más acerca de su experiencia? Sí No
*Nota: **No** se le revelará su información personal al instructor, pero se usará para ayudar a implementar el modelo piramidal.*

a) Nombre: _____

b) Correo electrónico: _____