

# Formulario de evaluación



Por favor marque una respuesta por pregunta.

## Materiales

1. ¿Los materiales que recibió fueron interesantes?  Sí  No  No corresponde
2. ¿La ayudaron en el aprendizaje?  Sí  No  No corresponde

## Trabajadoras comunitarias de la salud

3. ¿Fue su trabajadora comunitaria de la salud una buena maestra?  Sí  No
4. ¿Parecía que la trabajadora comunitaria de la salud conocía el material que estaba enseñando?  Sí  No
5. ¿Respondió la trabajadora comunitaria de la salud todas sus preguntas?  Sí  No  No corresponde
6. ¿Escuchó la trabajadora comunitaria de la salud sus opiniones?  Sí  No  No corresponde

## General

7. ¿Se sintió cómoda con el grupo?  Sí  No  No corresponde
8. ¿Recomendaría este programa a sus amigas?  Sí  No
9. ¿Qué es lo que más le gustó del programa? \_\_\_\_\_
10. ¿Qué es lo que menos le gustó del programa? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (opcional): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

**AMIGAS**