

# *Hojas de Evaluación Guía de Capacitación*

*Le agradecemos cualquier comentario o sugerencia que tenga sobre los materiales contenidos en esta guía. Le agradecemos enormemente unos minutos de su tiempo para completar la hoja que se encuentra adjunto. Puede llenarla en inglés o en español. Una vez completada, por favor, envíe la hoja de evaluación a la siguiente dirección:*

*Boston Women's Health Book Collective  
Latina Health Initiative  
34 Plympton Street  
Boston, MA 02118*

*Phone: 617-451-3666  
Fax: 617-451-3664*

*Siéntase en la libertad de contactarnos con cualquier pregunta o comentario sobre esta guía y los materiales. Puede comunicarse con nosotros a través de nuestro correo electrónico, [office@bwhbc.org](mailto:office@bwhbc.org), nuestra página electrónica, [www.ourbodiesourselves.org](http://www.ourbodiesourselves.org), o la dirección postal que aparece arriba.*

*Gracias por sus comentarios y sugerencias,*

*BWHBC*

## Hoja de Sugerencias Guía de Capacitación para Promotoras de Salud

Nos gustaría recibir sus comentarios y sugerencias. Por favor, complete la siguiente hoja de evaluación y remítala a:

The Boston Women's Health Book Collective  
 34 Plympton Street  
 Boston, MA 02118

Phone: 617-451-3666

Fax: 617-451-3664



1. Nombre de su organización o afiliación: \_\_\_\_\_

Persona contacto / Correo electrónico \_\_\_\_\_

2. Tipo de organización y/o afiliación (marque todas las que apliquen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grupo sin fines de lucro             | <input type="checkbox"/> ONG (agencia no gubernamental)   |
| <input type="checkbox"/> Institución académica                | <input type="checkbox"/> Institución del gobierno         |
| <input type="checkbox"/> Clínica pública /Centro de salud     | <input type="checkbox"/> Organización comunitaria de base |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique): _____ |   |

3. Díganos qué piensa de los siguientes elementos de la guía de capacitación:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ los niveles de lectura de los materiales son</li> <li><input type="checkbox"/> muy altos <input type="checkbox"/> muy bajos <input type="checkbox"/> apropiados</li> </ul>	Comentarios:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ los objetivos de cada módulo son</li> <li><input type="checkbox"/> adecuados <input type="checkbox"/> no son adecuados <input type="checkbox"/> no se</li> </ul>	Comentarios:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ las guías e instrucciones que se proveen son</li> <li><input type="checkbox"/> adecuadas <input type="checkbox"/> no son adecuadas <input type="checkbox"/> no se</li> </ul>	Comentarios:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ las pruebas de conocimiento antes y después de los talleres son</li> <li><input type="checkbox"/> apropiadas <input type="checkbox"/> no son apropiadas <input type="checkbox"/> no se</li> </ul>	Comentarios:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la aplicabilidad de los materiales en términos culturales, de género y de las características de su grupo es</li> <li><input type="checkbox"/> apropiada <input type="checkbox"/> no es apropiada <input type="checkbox"/> no se</li> </ul>	Comentarios:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ el uso del idioma (¿es común, lo puede entender cualquier grupo de latinos?) es</li> <li><input type="checkbox"/> apropiado <input type="checkbox"/> no es apropiado <input type="checkbox"/> no se</li> </ul>	Comentarios:

4. ¿Qué módulos le serán de mayor utilidad? (marque todos los que apliquen)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> #1: Anatomía y fisiología              | <input type="checkbox"/> #7: Planificación familiar      |
| <input type="checkbox"/> #2: El embarazo y el cuidado prenatal  | <input type="checkbox"/> #8: Maternidad voluntaria       |
| <input type="checkbox"/> #3: El parto                           | <input type="checkbox"/> #9: Violencia hacia la mujer    |
| <input type="checkbox"/> #4: El posparto                        | <input type="checkbox"/> #10: Salud Mental               |
| <input type="checkbox"/> #5: Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> #11: Fármacos, alcohol y tabaco |
| <input type="checkbox"/> #6: VIH/SIDA                           | <input type="checkbox"/> Otros (indique cuales):         |
- 

5. ¿De qué manera usted cree que usará estos materiales? (marque todas las que apliquen)
- Capacitación de promotores de salud (hombres y mujeres)
  - Capacitación de promotoras de salud (sólo mujeres)
  - Capacitación de promotores de salud (sólo hombres)
  - Adiestramientos de empleados y personal
  - Para su propia información personal
  - Investigación
  - Consejería
  - Solos como materiales principales de capacitación
  - En combinación con otros materiales de capacitación
  - Otros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene alguna sugerencia que podamos utilizar para mejorar los materiales contenidos en esta guía?

---

---

7. Su programa provee servicios para: (marque todas las que apliquen)
- Edad y género
- |                                    |                                |                                |                                |                                |                                |                              |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hombres → | <input type="checkbox"/> .: 20 | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> 51-60 | <input type="checkbox"/> 61+ |
| <input type="checkbox"/> Mujeres → | <input type="checkbox"/> .: 20 | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> 51-60 | <input type="checkbox"/> 61+ |
| <input type="checkbox"/> Ambos →   | <input type="checkbox"/> .: 20 | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> 51-60 | <input type="checkbox"/> 61+ |
- En la zona:     Rural         suburbana         Urbana

8. Si usted trabaja con latinos, ¿nos podría decir de cual nacionalidad éstos son? (marque todos los que apliquen)
- |  |   |  |                                       |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> puertorriqueños                   | <input type="checkbox"/> dominicanos                    | <input type="checkbox"/> nicaragüenses | <input type="checkbox"/> colombianos  |
| <input type="checkbox"/> mejicanos                         | <input type="checkbox"/> guatemaltecos                  | <input type="checkbox"/> salvadoreños  | <input type="checkbox"/> peruanos     |
| <input type="checkbox"/> cubanos                           | <input type="checkbox"/> hondureños                     | <input type="checkbox"/> venezolanos   | <input type="checkbox"/> ecuatorianos |
| <input type="checkbox"/> otro grupo centroamericano: _____ | <input type="checkbox"/> otro grupo sudamericano: _____ |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> otro: _____                       |   |  |                                       |

9. ¿Provee usted servicios a otras poblaciones o grupo étnicos (aparte de latinos)?     Sí     No  
¿Cuáles?

---

10. Los latinos con los que usted trabaja, ¿tienen otra lengua materna que no sea el español?    ¿Cuál?

---

11. ¿Tiene alguna otra sugerencia o comentario? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

***¡¡Gracias por su tiempo, sus comentarios y sus sugerencias!!***

## Promotoras de Salud Training Guide Feedback Form

We would like to hear your comments and suggestions to improve these materials. Please complete this form and return it to us at:

The Boston Women's Health Book Collective  
Latina Health Initiative  
P.O. Box 192  
Somerville, MA 02144



1. Name of your organization: \_\_\_\_\_

Contact person / E-mail: \_\_\_\_\_

2. Is your organization any of the following or affiliated with any of the following? (check all that apply)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> non-profit group                   | <input type="checkbox"/> academic institution              |
| <input type="checkbox"/> public health clinic/health center | <input type="checkbox"/> community-based organization      |
| <input type="checkbox"/> government institution             | <input type="checkbox"/> NGO (non-government organization) |
| <input type="checkbox"/> other (please, describe): _____    |  |

3. What do you think about

<input type="checkbox"/> the literacy levels of the materials included? <input type="checkbox"/> too high <input type="checkbox"/> too low <input type="checkbox"/> appropriate	Comments:
<input type="checkbox"/> the objectives of each module? <input type="checkbox"/> clear <input type="checkbox"/> unclear <input type="checkbox"/> don't know	Comments:
<input type="checkbox"/> the guidelines and instructions provided? <input type="checkbox"/> clear <input type="checkbox"/> unclear <input type="checkbox"/> don't know	Comments:
<input type="checkbox"/> the assessment tools (pre & post tests)? <input type="checkbox"/> appropriate <input type="checkbox"/> not appropriate <input type="checkbox"/> don't know	Comments:
<input type="checkbox"/> the approach of the materials in terms of culture, gender, and specifics of your local group? <input type="checkbox"/> appropriate <input type="checkbox"/> not appropriate <input type="checkbox"/> don't know	Comments:
<input type="checkbox"/> the language (common, general for all Latinos?) <input type="checkbox"/> appropriate <input type="checkbox"/> not appropriate <input type="checkbox"/> don't know	Comments:

4. Which modules would you use? (check all that apply)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> #1: Anatomy and physiology        | <input type="checkbox"/> #7: Family planning              |
| <input type="checkbox"/> #2: Pregnancy and prenatal care   | <input type="checkbox"/> #8: Voluntary motherhood         |
| <input type="checkbox"/> #3: Labor and delivery            | <input type="checkbox"/> #9: Violence against women       |
| <input type="checkbox"/> #4: Postpartum care               | <input type="checkbox"/> #10: Mental health               |
| <input type="checkbox"/> #5: Sexually transmitted diseases | <input type="checkbox"/> #11: Drugs, alcohol, and tobacco |
| <input type="checkbox"/> #6: HIV/AIDS                      | <input type="checkbox"/> Others (please, specify): _____  |

5. How would you use this training guide? (check all that apply)

- Training of women's groups
- Training of men's groups
- Training of mixed groups (men and women)
- Training of staff/personnel
- For your own personal information
- Research
- Counseling
- Alone as the main training materials
- In combination with other training materials
- Other: \_\_\_\_\_

6. Do you have any suggestions that we can use to improve these materials?

---



---

7. In general, your program serves mostly: (check all that apply)

Gender and Age

- |                                |   |                                   |                                |                                |                                |                                |                              |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Men   | → | <input type="checkbox"/> under 20 | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> 51-60 | <input type="checkbox"/> 61+ |
| <input type="checkbox"/> Women | → | <input type="checkbox"/> under 20 | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> 51-60 | <input type="checkbox"/> 61+ |
| <input type="checkbox"/> Both  | → | <input type="checkbox"/> under 20 | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 31-40 | <input type="checkbox"/> 41-50 | <input type="checkbox"/> 51-60 | <input type="checkbox"/> 61+ |

Geographic location:  In rural communities  In suburban communities  In urban communities

8. If you work with Latinos, could you tell us more about their national origins?

Possible national origins: (check all that apply)

- |  |  |                                     |                                     |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puerto Rican                  | <input type="checkbox"/> Dominican                   | <input type="checkbox"/> Nicaraguan | <input type="checkbox"/> Colombian  |
| <input type="checkbox"/> Mexican                       | <input type="checkbox"/> Guatemalan                  | <input type="checkbox"/> Salvadoran | <input type="checkbox"/> Peruvian   |
| <input type="checkbox"/> Cuban                         | <input type="checkbox"/> Honduran                    | <input type="checkbox"/> Venezuelan | <input type="checkbox"/> Ecuadorian |
| <input type="checkbox"/> Other Central American: _____ | <input type="checkbox"/> Other South American: _____ |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                  |  |                                     |                                     |

9. Do you serve/work with groups other than Latinos?  Yes  No Which? \_\_\_\_\_

---

10. Do Latinos served by your program speak a first language other than Spanish? If yes, which?

---

11. Other comments: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

***Thank you for your time, comments, and suggestions!!***