



ENCUESTA DEL DÍA DE CAPACITACIÓN

Por favor díganos sus impresiones sobre las sesiones individuales...

En una escala del 1 al 5 (marque la casilla apropiada)	Nada en lo absoluto	Un poco	Más o menos	Mucho	Muchísimo
¿Le gustó...					
la exposición de arte?					
las sesiones de grupo?					
las actuaciones?					
el día de capacitación en general?					
¿Le fue fácil llegar al lugar?					
¿Cree que volverá a asistir el año que viene?					

Por favor díganos sus impresiones sobre el evento en general....

¿Este evento lo(la) ayudó a aprender o entender más sobre...					
las actividades de FACES, la Federación de Familias o Youth M.O.V.E.?					
los <u>problemas</u> de salud mental y abuso del alcohol y otras sustancias?					
los <u>servicios</u> de salud mental y abuso de sustancias?					
cómo hablar con los demás sobre temas de salud mental y abuso del alcohol y otras sustancias?					

¿Qué es lo que más le gustó del Día de Capacitación? _____

¿Qué es lo que menos le gustó del Día de Capacitación? _____

¿Por qué asistió al Día de Capacitación? _____

¿Qué temas le gustaría se presentaran en el próximo Día de Capacitación? _____

Dénos por favor un poco de información sobre usted....

Edad: ____ años **Género** Masculino Femenino Transgénero Masculino Transgénero femenino
 Otro _____

Etnicidad: (Seleccione todos los que apliquen): Caucásico Hispano/Latino Negro/Afroamericano
 Haitiano/ Caribeño Asiático/Islands del Pacífico Indio Americano Otro _____

Raza: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Indio americano Otro _____

Papel: Miembro del personal (Agencia proveedora, MDCPS) Joven/Estudiante Padres/tutor
 Otro _____