

EVALUACIÓN DEL CURSO

Fecha: _____ Lugar: _____

Complete la siguiente evaluación del curso para ayudarnos a mejorar futuras ediciones. Agradecemos su opinión.

1. Indique su género
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - c. Otro/Prefiere no responder
2. ¿Cuántos años tiene?
 - a. Menos de 30
 - b. 30 a 39
 - c. 40 a 49
 - d. 50 o más
3. ¿Cuál es su cargo?
 - a. Médico/a
 - b. Profesional de enfermería
 - c. Partera
 - d. Funcionario/a de salud
 - e. Otro
4. ¿Alguna vez brindó atención a una persona sobreviviente de violencia sexual?
 - a. Sí
 - b. No
5. ¿A cuántas personas sobrevivientes de violencia sexual les brindó atención durante el último mes?
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3 o más
6. ¿Alguna vez recibió capacitación para proporcionar atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual?
 - a. Sí
 - b. No

7. Complete la siguiente tabla sobre su impresión del curso.

4 = muy de acuerdo 3 = de acuerdo 2 = en desacuerdo 1 = muy en desacuerdo

Preguntas	Calificación	Comentarios
1. El curso cumplió sus metas y objetivos		
2. El contenido del curso fue útil y pertinente para mis necesidades		
3. A los distintos contenidos del curso se les asignó el tiempo necesario		
4. El tema fue adecuado para mi nivel de conocimientos		
5. Impresión general del curso	N/A	

8. Enumere **tres** cosas que le gustaron del curso.

9. Enumere **tres** cosas que deben mejorarse del curso.

10. Ahora que he hecho el curso, me siento:

- a. Con confianza para poder brindar atención clínica a las personas sobrevivientes de violencia sexual
- b. No muy cómodo/a para poder brindar atención clínica a las personas sobrevivientes de violencia sexual
- c. Preparado/a para promover, pero no para proporcionar, atención clínica a las personas sobrevivientes de violencia sexual
- d. Otro (especificar)

¡Gracias!