

Encuesta del Participante sobre las Sesiones de *BodyWorks*

Fecha de Hoy: _____		La Sesione: _____		Lugar/Sitio del programa: _____		Nombre del Entrenador(a): _____	
Si eres un PADRE o PERSONA AL CUIDADO DEL ADOLESCENTE:	Sus iniciales [Juan Santos, es J.S.; Juan Dávila-Santos, es J.D.] ____	Fecha de nacimiento Niño/Adolescente #1 ____/____/____ MM DD AA	Fecha de nacimiento Niño/Adolescente #2 ____/____/____ MM DD AA	Fecha de nacimiento Niño/Adolescente #3 ____/____/____ MM DD AA			
Si eres un NIÑO / ADOLESCENTE:	Iniciales de tu padre o persona que te cuida [Juan Santos, es J.S.; Juan Dávila-Santos, es J.D.] ____	Tu fecha de nacimiento ____/____/____ MM DD AA					

1. ¿Cuáles actividades hiciste hoy? (Selecciona una o más.)

<input type="checkbox"/> Repasamos lo que hemos aprendido	<input type="checkbox"/> Escuchamos una presentación	<input type="checkbox"/> Hicimos una actividad física
<input type="checkbox"/> Tuvimos una discusión en grupo	<input type="checkbox"/> Vimos un video	<input type="checkbox"/> Tuvimos una merienda
<input type="checkbox"/> Hicimos actividad en grupo o de práctica	<input type="checkbox"/> Usamos un artículo de la guía, como el diario o el libro de recetas (el recetario)	<input type="checkbox"/> Preparamos comida
<input type="checkbox"/> Otro (por favor específica): _____		

2. De cuáles temas hablaron hoy? (Selecciona una o más.)

<input type="checkbox"/> Comer saludablemente	<input type="checkbox"/> Usar los diarios	<input type="checkbox"/> La publicidad y los medios de comunicación masivos
<input type="checkbox"/> Actividad física	<input type="checkbox"/> Establecer metas	<input type="checkbox"/> Otro (por favor específica): _____
<input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento	<input type="checkbox"/> Imagen del cuerpo y trastornos de la alimentación	

3a. ¿Cuán fácil de entender eran estas actividades?	3b. ¿Cuán interesado(a) estabas en estas actividades?	3c. ¿Cuánta información nueva aprendiste de estas actividades?	3d. ¿Cuán satisfecho(a) estabas con estas actividades?
<input type="checkbox"/> Para nada fácil de entender <input type="checkbox"/> Algo fácil de entender <input type="checkbox"/> Muy fácil de entender	<input type="checkbox"/> Para nada interesado(a) <input type="checkbox"/> Algo interesado(a) <input type="checkbox"/> Muy interesado(a)	<input type="checkbox"/> Ninguna información nueva <input type="checkbox"/> Algo de información nueva <input type="checkbox"/> Mucha información nueva	<input type="checkbox"/> Para nada satisfecho(a) <input type="checkbox"/> Algo satisfecho(a) <input type="checkbox"/> Muy satisfecho(a)

4a. ¿Qué te gustó de la sesión de hoy? (Utiliza el otro lado del papel si necesitas más espacio).

4b. ¿Qué debería cambiar de la sesión de hoy? (Utiliza el otro lado del papel si necesitas más espacio).

5. Piensa en todas las sesiones a las cuales has asistido hasta hoy. En una escala de 1-10, donde 1 es “no muy satisfecho(a)” y 10 es “muy satisfecho(a),” indica cuán satisfecho(a) estás con todo el programa de *BodyWorks*.

Muy Insatisfecho(a)						Muy Satisfecho(a)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que este lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, o OMB por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0990-0337. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 5 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 537-H, Washington D.C. 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.