Formulario aprobado

N° de la OMB. 0930-0389

Fecha de vencimiento 05/31/2025

# Capacitación y Asistencia Técnica (TTA por sus siglas en inglés) GPRA Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF por sus siglas en inglés)

1Se estima que la duración promedio de la carga pública de efectuar informes en relación con esta recopilación de información es de 10 minutos para completar este cuestionario. Envíe cualquier comentario que tenga sobre el cálculo de duración de esta carga o cualquier otro aspecto relacionado con esta recopilación de información a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Reports Clearance Officer, Room 15E57A, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y ninguna persona está obligada a responder a tal recopilación, a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuestos (OMB) vigente válido. El número de control de este proyecto es 0930-0389.

## Protocolo para nuevo procedimiento GPRA para todos los programas TTA

Los programas de Capacitación y asistencia técnia son programas de SAMHSA financiados con el propósito de apoyar desarrollo comunitario y profesional. Una herramienta uniforme de recopilación de datos será usada por todos los beneficiarios de TTA.

Ley de Desempeño y Resultados Gubernamentales (GPRA por sus siglas en inglés) Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF por sus siglas en inglés)

* Este formulario recopilará información sobre los antecedentes y la satisfacción de los participantes con el evento TTA.
* El GPRA-PEF será usado para todos los eventos (presentaciones, capacitaciones, asistencia técnica, y reuniones) independientemente de la duración del evento.

### TTA GPRA Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF)

Nombre del evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sírvase escribir claramente en letras de molde en las casillas a continuación usando tinta azul o negra. Escriba solamente un número o letra por cada espacio. Solamente letras mayúsculas. **Proporcione los últimos 3 dígitos de su código postal personal; últimos 4 dígitos de su número de teléfono, 2 dígitos de su año de nacimiento, primeras 3 letras de su nombre preferido.**

**Código personal (sírvase escribir en letras mayúsculas): Ej.** **734036172BRI**

**Proporcione instrucciones únicas para identificarse (12 caracteres)**

**\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_**

**ÚLTIMOS 3 DÍGITOS DE CÓDIGO POSTAL ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE NÚM DE TELÉFONO AÑO DE NACIMIENTO PRIMERAS 3 LETRAS DE NOMBRE PREFERIDO**

1. ¿Qué considera usted que es?

Hombre

Mujer

Transgénero (hombre a mujer)

Transgénero (mujer a hombre)

Género no conforme

Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefiere no contestar

1. ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

Sí

No

Prefiere no contestar

*[SI LA RESPUESTA ES SÍ]* ¿De qué grupo étnico considera usted que es? Puede indicar más de uno.

Centroamericano

Cubano

Dominicano

Mexicano

Portorriqueño

Sudamericano

Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefiere no contestar

1. ¿Cuál es su raza? Puede indicar más de una.

Negra o afroamericana

Blanca

Nativa americana

Nativa de Alaska

Indo asiática

China

Filipina

Japonesa

Coreana

Vietnamita

Otra asiática

Nativa de Hawái

Guameña o chamorra

Samoana

De otras islas del Pacífico

Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefiere no contestar

1. ¿Considera usted que es…

Heterosexual

Homosexual (gay o lesbiana)

Bisexual

Queer, pansexual, y/o cuestionándose

Asexual

Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefiere no contestar

1. Seleccione la mejor categoría que describe su comunidad (Seleccione una o más):

Comunidad metropolitana o suburbana *(comunidades ubicadas en una ciudad o pueblo)*

Comunidad tribal *(cualquier tribu, población, nación, pueblo, aldea, o comunidad Nativa americana o Nativa de Alaska)*

Comunidad rural o fronteriza *(áreas poco pobladas que están geográficamente aisladas de centros poblados y servicios, usualmente tienen pocas casas u otros edificios, y pocas personas)*

Desconocido

Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el título más alto que ha recibido usted? (Seleccione uno):

Inferior a 12° grado

12° grado/título de secundaria/equivalente

Título vocacional/técnico (voc/tech)

Algo de carrera universitaria o estudios superiores

Título de grado (por ejemplo: Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])

Trabajo de posgrado/título de posgrado

Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefiere no contestar

1. ¿Cuál es su ocupación/profesión primaria? (Seleccione una):

Profesional en adicción

Psiquiatra

Psicólogo(a)

Consejero(a)/terapeuta (todos tipos)

Trabajador(a) social

Asesor(a) de recuperación

Especialista en recuperación entre pares

Especialista en prevención

Administrador(a) de casos/coordinador(a) de atención

Supervisor(a) clínico(a)

Líder espiritual

Trabajador(a) comunitario(a) de salud/Educador(a)/Educador(a) de salud

Profesional de justicia penal/de los cuerpos policiales

Administrador(a) público o de empresas

Evaluador(a)

Médico(a)

Médico(a) asociado(a)

Farmaceútico(a)

Enfermero(a)/Enfermero(a) practicante

Enfermero(a) registrado(a) de práctica avanzada

Partera

Profesor(a)/educador(a)

Dentista

Estudiante

i. A tiempo completo \_\_\_\_\_

ii. A tiempo parcial (sin trabajo)\_\_\_\_\_

iii. A tiempo parcial (trabajando)\_\_\_\_\_

Dueño(a) de un negocio

Trabajador(a) rural o Granjero(a)

Pariente / cuidador(a)

Jubilado(a)

Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si es Estudiante, ¿cuál es su campo de estudio principal?

No corresponde; no es estudiante

Medicina de la adicción

Consejería

Justicia penal/Cuerpos policiales

Medicina (general o residencia)

Enfermería (general o enfermero(a) registrado(a))

Enfermería practicante

Especialista en apoyo de pares o de recuperación

Farmacia

Médico(a) asociado(a)

Ciencia preventiva

Psiquiatría

Psicología

Salud pública (maestría o doctorado)

Asesor(a) de recuperación

Trabajo social

Programa de certificación

Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su entorno profesional principal? (Seleccione uno):

No corresponde; sin empleo

Gobierno estatal/del condado/de jurisdiccional/territorial/tribal

Programa de tratamiento por trastornos de consumo de sustancias

Programa de prevención por trastornos de consumo de sustancias

Programa comunitario de apoyo para la recuperación

Hogar grupal

Centro de vivienda transicional/de apoyo

Clínica o programa de tratamiento de salud mental (Programa comunitario de salud mental)

Salud comunitaria/Coalición de salud comunitaria

Coalición comunitaria

Atención primaria

Centros de Salud Federalmente Calificado (FQHC por sus siglas en inglés)

Hospital

Hospital psiquiátrico estatal o privado

Red de servicios para personas mayores

Centro de enfermería especializada

Justicia penal/penitenciario (corte, prisión, cárcel, prisión/libertad condicional, TASC)

Fuerzas armadas/Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés)

Entorno de estudios superiores

Entorno de educación primaria o secundaria

Organizaciones basadas en la comunidad (incluidas organizaciones basadas en la fe)

Autónomo(a) (cualquier tipo de negocio)

Granja o establecimiento rural

Organización dirigida por familia o consumidores

Cuidado doméstico

Albergue

Gobierno

Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el Código postal de su entorno profesional principal o escuela (si es estudiante)?
2. ¿Qué tan satisfecho(a) estuvo con la calidad general de este evento?

Muy satisfecho(a)

Satisfecho(a)

Neutral

Insatisfecho(a)

Muy insatisfecho(a)

1. Espero que este evento me beneficie a mí y/o a mi comunidad.

Muy de acuerdo

De acuerdo

Neutral

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

*Si es proveedor(a) de atención médica, consejero(a), prevencionsta, trabajador(a) social, o educador(a) activo(a) o trabaja en el campo de justicia penal/los cuerpos policiales.*

1. Espero que este evento mejore mi capacidad de trabajar de manera efectiva.

No corresponde

Muy de acuerdo

De acuerdo

Neutral

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

1. Recomendaría este evento a un amigo/colega.

Sí

No

**Preguntas abiertas:**

1. ¿Qué parte del evento fue más útil para usted? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Cómo podría ser mejorado este evento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por completar nuestra encuesta.**

*Devuelva su encuesta al Administrador(a) de envuesta de su sesión.*