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 de Seguimiento (GPRA-PEF por sus siglas en inglés)**

Se 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**

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 beneficiarios de TTA.

GPRA Formulario de Seguimiento (GPRA-FU por sus siglas en inglés): (también conocido como el seguimiento de 60 días)

* Este formulario recopilará datos de seguimiento sobre eventos con una duración de al menos 3 (o más) horas.
* Este formulario recopilará información sobre la aplicación y utilidad de la información obtenida durante el evento TTA.

 **GPRA Formulario de Seguimiento (GPRA-FU)**

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. **Antes de participar en este evento, sentí que era necesario para mí, mi organización, y/o mi comunidad hacer un cambio relacionado con el tema del evento.**

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

1. **La información de este evento me ha beneficiado o satisfecho una necesidad para mí, mi familia, y/o comunidad.**

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

1. **La información de este evento me ha beneficiado de manera profesional.**

 No corresponde; no ejerce ninguna actividad profesional

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

1. **He utilizado la información obtenida en este evento para hacer cambios en mi práctica o para ayudar a mi familia y/o mi comunidad.**

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

1. **Espero continuar utilizando la información de este evento en el futuro.**

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

1. **He compartido la información obtenida en este evento con mi familia, comunidad, o colegas.**

 Sí

 No

1. **¿Qué fue lo más útil del evento para apoyar sus responsabilidades laborales o su papel en la comunidad? (Puede indicar más de una).**

 Volantes y recursos

 Recursos en línea

 Información general obtenida

 Nuevas ideas para ayudar a mi comunidad

 Nuevas ideas para ayudar a mi práctica/pacientes/consumidores

 Red de contactos/interacciones con instructores/líderes y participantes

 Aprender nuevas modalidades/intervenciones para mejorar la vida en mi comunidad

 Aprender nuevas modalidades/intervenciones para mejorar mi práctica

 Aprender cómo ser más empático(a) con miembros de la comunidad o pacientes/consumidores

 Comprender mejor el contenido del evento

 Comprender mejor las necesidades de pacientes/consumidores

 Aprender la importancia de realizar mejoras continuas en mi práctica

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

1. **Si es proveedor(a) de atención médica, ¿qué ha mejorado en su organización/práctica debido a este evento? (Puede indicar más de una cosa).** Nota: Proveedores de atención médica incluyen proveedores de atención médica profesionales y paraprofesionales, incluidos servicios de prevención, tratamiento por adicciones y de salud mental, y de recuperación de organizaciones estatales, locales, tribales, o de atención médica, etc.

 No corresponde; no es proveedor de atención médica

 Comunicación/interacciones mejoradas con pacientes/consumidores/participantes/partes interesadas claves

 Comunicación mejorada con personal

 Liderazgo/estilo de gestión mejorado

 Mayor conciencia de necesidades de pacientes/consumidores/participantes/partes interesadas claves

 Mejor aplicación de prácticas adaptadas a la cultura

 Se adoptaron nuevas prácticas/intervenciones

 Implementación mejorada de prácticas/intervenciones existentes

 Se implementó la telesalud

 Acceso ampliado para poblaciones marginadas

 Recopilación y/o utilización mejorada de datos de valoración y/o evaluación

 Programas, políticas, prácticas u otras interevenciones adaptadas para ajustarse a la cultura local

 Preparación comunitaria mejorada y/o mayor mobilización comunitaria

 Ningún cambio

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

1. **Si es estudiante, ¿cómo le ha afectado este evento? (Puede indicar más de una cosa).**

 No corresponde; no es estudiante

 Mejoró mi comprensión del asunto

 Me inspiró a aprender más sobre el asunto

 Me preparó para atender mejor a pacientes/consumidores/participantes/partes interesadas claves

 Me ayudó a elegir una área de especialidad

 No me afectó

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

1. **Si es miembro de la comunidad, ¿qué ha mejorado, basado en sus observaciones, en su comunidad debido a este evento? (Puede indicar más de una cosa).**

 No corresponde; no esmiembro de la comunidad

 Mejor comprensión de trastornos de consumo de sustancias y/o enfermedades mentales

 Mejor comprensión de intervenciones de salud conductual efectivas

 Mayor implementación de programas de prevención

 Mejor comunicación con familia o miembros de la comunidad

 Mayor conciencia de las necesidades de miembros de la comunidad

 Mayor acción comunitaria/acción colectiva/abogacía colectiva

 Diálogo comunitario mejorado o mayor acceso a grupos de apoyo

 Menor estigmatización hacia personas con trastornos de consumo de sustancias o enfermedades mentales

 Sentido de bienestar colectivo

 Ningún cambio

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

**Preguntas abiertas:**

1. **¿Qué barreras existen para aplicar la información presentada en este evento, si es que hay alguna?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **¿Qué parte del evento fue más útil para usted?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **¿Cómo podría ser mejorado este evento?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por completar nuestra encuesta.**