

Evaluación: Destrezas para una intercesión paterna eficaz

FAST Evaluación del taller

Agradeceremos sus comentarios sobre este taller.

1. Usted es: (favor de marcar la respuesta correcta)

- padre padre sustituto/padre de crianza abuelo otro familiar/tutor educador regular
 maestro de educación especial profesional estudiante administrador
 otro (por favor, especifique) _____

2. ¿Qué edad tiene su niño(a)/joven adulto?

3. ¿Tiene su hijo(a) algún impedimento? sí (favor de contestar la pregunta #4) no (vaya a la pregunta #5)

4. ¿Cuál es su impedimento principal? (marque sólo una respuesta)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD-ADHD | <input type="checkbox"/> enfermedad mental | <input type="checkbox"/> impedimento específico del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> impedimentos del desarrollo cognoscitivo | <input type="checkbox"/> autismo | <input type="checkbox"/> impedimento del habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> sordo-ciego | <input type="checkbox"/> múltiples impedimentos | <input type="checkbox"/> lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> impedimento auditivo | <input type="checkbox"/> impedimento físico ortopédico | <input type="checkbox"/> impedimento visual, que incluye ceguera |
| <input type="checkbox"/> retraso del desarrollo (infancia temprana) | <input type="checkbox"/> otro impedimento de salud | <input type="checkbox"/> sospecha de algún impedimento _____ |
| <input type="checkbox"/> trastorno emocional | | |

5. En general, ¿cómo calificaría este taller?

- excelente muy bueno bueno aceptable malo

6. ¿Ha aprendido algo nuevo en este taller? sí no

Encontré los siguientes temas muy útiles: _____

7. ¿Le ayudó este taller a aprender a interceder de manera más eficaz por su hijo(a)? sí no

8. ¿Considera que fueron de buena calidad los materiales que recibió en este taller? sí no

9. ¿Qué sugerencias tiene para ayudar a mejorar el taller? _____

10. Comentarios adicionales _____

