

Folleto 1.7:
Formulario de evaluación de la Sesión 1

Instructora: _____

Fecha: _____

Afiliación del programa

¿En cuál área de niñez temprana trabaja usted actualmente? (Marque por favor todo lo que aplica.)

- un programa del cuidado de niños familiar
- un programa del centro de cuidado de niños
- un programa preescolar público
- un programa preescolar privado
- un programa del jardín de la infancia público
- un programa del jardín de la infancia privado
- un programa de Early Head Start
- un programa de Head Start
- un programa extracurricular (Out-Of-School Time Program)
- Otro _____

Puesto

¿Cuál es su puesto actual? (Compruebe por favor todo lo que aplica.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Directora de programa | <input type="checkbox"/> Terapeuta de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Asistente de la directora | <input type="checkbox"/> Enfermera |
| <input type="checkbox"/> Líder del equipo | <input type="checkbox"/> Psicóloga |
| <input type="checkbox"/> Supervisora | <input type="checkbox"/> Maestra de infantes |
| <input type="checkbox"/> Coordinadora de servicios | <input type="checkbox"/> Maestra de niños pequeños |
| <input type="checkbox"/> Coordinadora de RCP (programa de consultación regional) | <input type="checkbox"/> Maestra preescolar |
| <input type="checkbox"/> Trabajadora social | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado de niños familiar |
| <input type="checkbox"/> Especialista del desarrollo de los niños | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado de niños familiar |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta de habla y el lenguaje | <input type="checkbox"/> Maestra principal |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta física | <input type="checkbox"/> Maestra |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Asistente de maestra |
| <input type="checkbox"/> Educadora | <input type="checkbox"/> Para-Profesional (para professional) |

Medición de Resultados de aprendizaje

Abajo están los resultados de aprendizaje para esta sesión. Lea por favor cada resultado de aprendizaje abajo. Entonces **marque un X en la caja** que usted siente que mejor describa la calidad de aprendizaje (qué usted ha aprendido o qué cambiarán como resultado de su experiencia en esta sesión del entrenamiento). **Elija por favor UNA respuesta (solamente marque una X) para cada resultado de aprendizaje.**

Resultados de aprendizaje	Muy de acuerdo	Poco de acuerdo	Ligeramente no de acuerdo	Completamente no de acuerdo
Sesión 1				
Tengo una comprensión básica de los cuatro niveles del modelo de la pirámide (Pyramid Model).				
Puedo reconocer los tres elementos principales del bienestar social- emocional				

Favor de responder a las siguientes preguntas:

Cuáles fueron las mejores características de esta sesión:

Cuáles son sus sugerencias para mejorar esta sesión:

Otros comentarios y reacciones que desee ofrecer (utilice por favor la parte posterior de esta página para el espacio adicional):