

CUESTIONARIO PARA ASISTENTES

Los Círculos de la
VIDA SALUDABLE

Para ser cumplimentado tras concluir la acción formativa. Nos interesa conocer sus opiniones sobre algunos aspectos relacionados con esta sesión o taller. Este cuestionario es anónimo y nos ayudará a mejorar en el futuro. Muchas gracias por su colaboración y sinceridad.

Nos gustaría saber algunos datos sobre usted...			
Fecha de nacimiento (día/mes/año)		Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>
Nivel de estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>	Ocupación actual	
Municipio en el que se ha desarrollado la sesión o taller			
Fecha (día/mes/año)		Duración	horas

Temas que se han tratado...						
INTRODUCCIÓN	TABAQUISMO	ALIMENTACIÓN	ACTIVIDAD FÍSICA	ALCOHOL	ESTRÉS/DESCANSO	

Por favor, indique algunos aspectos sobre su salud eligiendo en cada fila la opción con la que se sienta más identificado...					
	Nunca	No actualmente	Algunas veces al mes	Algunas veces por semana	A diario
Consume tabaco					
Consume alimentos que le ayudan a proteger su salud					
Hace ejercicio físico					
Consume bebidas alcohólicas					
Tiene síntomas de estrés					
Dedica tiempo a descansar					

Por favor, indique eligiendo en cada fila la opción con la que se sienta más identificado. Usted considera que...			
	Menor del adecuado	Adecuado	Mayor del adecuado
Su consumo de tabaco es			
Su peso es			
Su consumo de alimentos, que le ayudan a proteger su salud es			
El ejercicio físico que realiza es			
Su consumo de bebidas alcohólicas es			
Su estrés es			
El tiempo que dedica a sus aficiones es			
Su descanso diario es			

Por favor valore entre el 1 y el 5, contando con que cada número representa lo siguiente:

1= Muy malo/muy inadecuado 2 = Malo/inadecuado 3 = Normal 4 = Bueno/adecuado 5 = Muy bueno/muy adecuado

Programa...																			
Objetivos del programa					Contenidos generales					Temas tratados									
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Sesión o Taller...																			
Horario			Duración			Materiales utilizados			Características del aula			Medios técnicos							
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Valoración global...																			
Indique su valoración global de la sesión o taller												1	2	3	4	5			

Indique su opinión sobre los profesores en cada tema...																			
Conocimiento de la materia en...																			
TABAQUISMO			ALIMENTACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA			ALCOHOL			ESTRÉS/DESCANSO							
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Capacidad de comunicar las ideas principales en...																			
TABAQUISMO			ALIMENTACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA			ALCOHOL			ESTRÉS/DESCANSO							
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Capacidad de dar respuesta a las preguntas planteadas en...																			
TABAQUISMO			ALIMENTACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA			ALCOHOL			ESTRÉS/DESCANSO							
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Interés despertado...																			
TABAQUISMO			ALIMENTACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA			ALCOHOL			ESTRÉS/DESCANSO							
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
El grado de participación de los asistentes ha sido...																			
TABAQUISMO			ALIMENTACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA			ALCOHOL			ESTRÉS/DESCANSO							
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Desearíamos saber si cree que a partir de los temas tratados intentará mejorar su salud en los siguientes aspectos...															
	Sí				No				No lo sé				Nada que mejorar		
TABAQUISMO															
ALIMENTACIÓN															
ACTIVIDAD FÍSICA															
ALCOHOL															
ESTRÉS/DESCANSO															

Por favor, señale que es lo que **más le ha gustado**:

Por favor, señale que es lo que **no le ha gustado**: