

Fecha: _____

YOUTH

1. Es usted... ____ Hombre ____ Mujer ____ Transgénero/Otros

2. ¿Cuántos años tienes? ____ años

3. ¿Eres mamá o papá? ____ Si ____ No

4. ¿ Que temas han tocado en esta sesión? (Marque todo lo que aplique)

____ Embarazo y prevención de STD

____ Relaciones saludables

____ Comunicación con adultos de confianza

____ Uso/abuso de sustancias

____ Comunicación con compañeros

____ Negociación y habilidades para negar

____ Prevención de abusos sexuales

____ Tráfico de humanos

____ Otro – por favor especifique: _____

5. ¿Por favor, califique el presentador/líder de la sesión que tu has atendido usando la escala que se muestra abajo. Por favor, circule su respuesta.

	Nada		Más o menos		Mucho
¿Qué tanto <u>sabía</u> el/la presentador(a)/líder de la sesión sobre el tema(s)?	1	2	3	4	5
¿Qué tan confiable te pareció el/la presentador(a)/líder de la sesión?	1	2	3	4	5
¿Qué tan seguro te pareció el/la presentador(a)/líder de la sesión?	1	2	3	4	5
¿Qué tanto te atrajo tu atención el/la presentador(a)/líder de la sesión?	1	2	3	4	5

6. ¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases? Por favor, circule su respuesta.

Porque atendí esta sesión...

Me siento más seguro(a) de hablar con mis padres u otros adultos de confianza acerca de los temas cubiertos en esta presentación.	De acuerdo	Desacuerdo
Es más probable que empiece una conversación acerca de los temas tocados en esta presentación con otros.	De acuerdo	Desacuerdo
Entiendo más estos temas que al comienzo de esta sesión.	De acuerdo	Desacuerdo

7. En tu opinión, ¿hay suficientes recursos en tu comunidad para ayudar a los adolescentes para prevenir embarazos y STD?

____ Si ____ No

8. ¿Recomendarías este programa a un amigo(a)?

____ Si, definitivamente lo recomendaría

____ No estoy seguro si recomendaría

____ No, no lo recomendaría

POR FAVOR, NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTE FORMULARIO!

2021-2022