

Formulario aprobado
Nº de la OMB. 0930-0389
Fecha de vencimiento 05/31/2025

**Capacitación y Asistencia Técnica (TTA por sus siglas
en inglés)
GPRA Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF
por sus siglas en inglés)**

1Se 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 para todos los programas TTA

Los programas de Capacitación y asistencia técnica 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 los beneficiarios de TTA.

Ley de Desempeño y Resultados Gubernamentales (GPRA por sus siglas en inglés) Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF por sus siglas en inglés)

- Este formulario recopilará información sobre los antecedentes y la satisfacción de los participantes con el evento TTA.
- El GPRA-PEF será usado para todos los eventos (presentaciones, capacitaciones, asistencia técnica, y reuniones) independientemente de la duración del evento.

TTA GPRA Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF)

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. ¿Qué considera usted que es?

- Hombre
- Mujer
- Transgénero (hombre a mujer)
- Transgénero (mujer a hombre)
- Género no conforme
- Otro (especifique) _____
- Prefiere no contestar

2. ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- Sí
- No
- Prefiere no contestar

***[SI LA RESPUESTA ES SÍ]* ¿De qué grupo étnico considera usted que es? Puede indicar más de uno.**

- Centroamericano
- Cubano
- Dominicano
- Mexicano
- Portorriqueño
- Sudamericano
- Otro (especifique) _____
- Prefiere no contestar

3. ¿Cuál es su raza? Puede indicar más de una.

- Negra o afroamericana
- Blanca

- Nativa americana
- Nativa de Alaska
- Indo asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- De otras islas del Pacífico
- Otra (especifique) _____
- Prefiere no contestar

4. ¿Considera usted que es...

- Heterosexual
- Homosexual (gay o lesbiana)
- Bisexual
- Queer, pansexual, y/o cuestionándose
- Asexual
- Otra (especifique) _____
- Prefiere no contestar

5. Seleccione la mejor categoría que describe su comunidad (Seleccione una o más):

- Comunidad metropolitana o suburbana (*comunidades ubicadas en una ciudad o pueblo*)
- Comunidad tribal (*cualquier tribu, población, nación, pueblo, aldea, o comunidad Nativa americana o Nativa de Alaska*)
- Comunidad rural o fronteriza (*áreas poco pobladas que están geográficamente aisladas de centros poblados y servicios, usualmente tienen pocas casas u otros edificios, y pocas personas*)
- Desconocido
- Otro (especifique) _____

6. ¿Cuál es el título más alto que ha recibido usted? (Seleccione uno):

- Inferior a 12° grado
- 12° grado/título de secundaria/equivalente
- Título vocacional/técnico (voc/tech)
- Algo de carrera universitaria o estudios superiores
- Título de grado (por ejemplo: Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])
- Trabajo de posgrado/título de posgrado
- Otro (especifique) _____
- Prefiere no contestar

7. ¿Cuál es su ocupación/profesión primaria? (Seleccione una):

- Profesional en adicción

- Psiquiatra
- Psicólogo(a)
- Consejero(a)/terapeuta (todos tipos)
- Trabajador(a) social
- Asesor(a) de recuperación
- Especialista en recuperación entre pares
- Especialista en prevención
- Administrador(a) de casos/coordinador(a) de atención
- Supervisor(a) clínico(a)
- Líder espiritual
- Trabajador(a) comunitario(a) de salud/Educador(a)/Educador(a) de salud
- Profesional de justicia penal/de los cuerpos policiales
- Administrador(a) público o de empresas
- Evaluador(a)
- Médico(a)
- Médico(a) asociado(a)
- Farmacéutico(a)
- Enfermero(a)/Enfermero(a) practicante
- Enfermero(a) registrado(a) de práctica avanzada
- Partera
- Profesor(a)/educador(a)
- Dentista
- Estudiante
 - i. A tiempo completo _____
 - ii. A tiempo parcial (sin trabajo) _____
 - iii. A tiempo parcial (trabajando) _____
- Dueño(a) de un negocio
- Trabajador(a) rural o Granjero(a)
- Pariente / cuidador(a)
- Jubilado(a)
- Otra (especifique) _____

8. Si es Estudiante, ¿cuál es su campo de estudio principal?

- No corresponde; no es estudiante
- Medicina de la adicción
- Consejería
- Justicia penal/Cuerpos policiales
- Medicina (general o residencia)
- Enfermería (general o enfermero(a) registrado(a))
- Enfermería practicante
- Especialista en apoyo de pares o de recuperación
- Farmacia
- Médico(a) asociado(a)
- Ciencia preventiva
- Psiquiatría
- Psicología
- Salud pública (maestría o doctorado)
- Asesor(a) de recuperación
- Trabajo social
- Programa de certificación

Otro (especifique) _____

9. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su entorno profesional principal? (Seleccione uno):

- No corresponde; sin empleo
- Gobierno estatal/del condado/de jurisdiccional/territorial/tribal
- Programa de tratamiento por trastornos de consumo de sustancias
- Programa de prevención por trastornos de consumo de sustancias
- Programa comunitario de apoyo para la recuperación
- Hogar grupal
- Centro de vivienda transicional/de apoyo
- Clínica o programa de tratamiento de salud mental (Programa comunitario de salud mental)
- Salud comunitaria/Coalición de salud comunitaria
- Coalición comunitaria
- Atención primaria
- Centros de Salud Federalmente Calificado (FQHC por sus siglas en inglés)
- Hospital
- Hospital psiquiátrico estatal o privado
- Red de servicios para personas mayores
- Centro de enfermería especializada
- Justicia penal/penitenciario (corte, prisión, cárcel, prisión/libertad condicional, TASC)
- Fuerzas armadas/Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés)
- Entorno de estudios superiores
- Entorno de educación primaria o secundaria
- Organizaciones basadas en la comunidad (incluidas organizaciones basadas en la fe)
- Autónomo(a) (cualquier tipo de negocio)
- Granja o establecimiento rural
- Organización dirigida por familia o consumidores
- Cuidado doméstico
- Albergue
- Gobierno
- Otro (especifique) _____

10. ¿Cuál es el Código postal de su entorno profesional principal o escuela (si es estudiante)?

--	--	--	--	--

11. ¿Qué tan satisfecho(a) estuvo con la calidad general de este evento?

- Muy satisfecho(a)
- Satisfecho(a)
- Neutral
- Insatisfecho(a)
- Muy insatisfecho(a)

12. Espero que este evento me beneficie a mí y/o a mi comunidad.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral

- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

Si es proveedor(a) de atención médica, consejero(a), prevencionista, trabajador(a) social, o educador(a) activo(a) o trabaja en el campo de justicia penal/los cuerpos policiales.

13. Espero que este evento mejore mi capacidad de trabajar de manera efectiva.

- No corresponde
- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

14. Recomendaría este evento a un amigo/colega.

- Sí
- No

Preguntas abiertas:

15. ¿Qué parte del evento fue más útil para usted? _____

16. ¿Cómo podría ser mejorado este evento? _____

Gracias por completar nuestra encuesta.

Devuelva su encuesta al Administrador(a) de encuesta de su sesión.