

## **Programa Global de Manejo de Lípidos: Evaluación del taller Formación para Formadores**

Gracias por completar esta breve encuesta. Sus respuestas son confidenciales y se informan en conjunto.

Para pasar a la página siguiente, primero debe completar los puntos que tienen un asterisco (\*).

---

### **Información del participante**

#### **1. Profesión\***

- Doctor en medicina/Doctor en medicina osteopática (MD/DO)
- Doctor en Filosofía
- Otra \_\_\_\_\_

#### **2. Especialidad\***

- Cardiología de adultos
- Cardiología pediátrica
- Cirugía CV
- Médico de familia / de cabecera
- Medicina interna
- Otra \_\_\_\_\_

#### **3. Ámbito actual de práctica\* (seleccione todos los que correspondan)**

- Hospital público
- Hospital privado
- Atención primaria en institución privada
- Centro médico comunitario
- Facultad de medicina/Universidad
- Otro \_\_\_\_\_

#### **4. Años de experiencia en cardiología\***

- 0 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 20 años
- 21 a 30 años
- 31 o más años

#### **5. Califique su habilidad actual para hacer lo siguiente:**

	Muy poca	Poca	Regular	Buena	Muy buena
Demostrar competencia en la determinación, evaluación y manejo del riesgo de lípidos, incluidos los pacientes de alto	<input type="radio"/>				

riesgo	<input type="radio"/>				
Demostrar cómo crear efectivamente un entorno de aprendizaje interactivo sin riesgos	<input type="radio"/>				
Reflejar y fortalecer las prácticas educativas, y los estilos de enseñanza personal solicitando e incorporando comentarios; modelando el comportamiento del educador de "mejores prácticas" e incorporando técnicas y conocimientos de un educador experto	<input type="radio"/>				

**6. Como resultado de su asistencia al taller, califique su confianza con respecto a lo siguiente:\***

	1 Con desconfianza	2	3	4 Con confianza
Sus habilidades generales de presentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollo de casos de pacientes para utilizar en sus sesiones de capacitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer las sesiones de entrenamiento más interactivas para los médicos participantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Crear una sesión de capacitación que se ajuste a las necesidades de los médicos participantes
- 
- 
-

## Evaluación del programa Formación para Formadores

**1. Indique cuán de acuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre el programa de Formación para Formadores:\***

a los médicos participantes.

Tengo claros los próximos pasos para organizar una sesión de capacitación sobre lípidos para los médicos participantes en mi ciudad.

**2. El contenido clínico en las diapositivas tiene un nivel adecuado de dificultad (es decir, ni muy difícil ni muy simple) para satisfacer las necesidades de los médicos participantes.**

- Sí  
 No \_\_\_\_\_

**3. ¿Tiene algún otro comentario sobre el programa que le gustaría compartir?**

---

---

---

**Certificado**

¿Le gustaría recibir un Certificado de Asistencia para este taller?

- Sí  
 No

Escriba su nombre y credenciales como desea que aparezcan en el certificado.

**Nombre:**

---

Ingrese la dirección de correo electrónico donde desea recibir este certificado.

*Tenga en cuenta que su dirección de correo electrónico no se utilizará para ningún otro fin y que su información no se compartirá.*

**Correo electrónico:**

---