

Evaluación de la Sesión

Fecha: _____ Ubicación: _____

Facilitador: _____

Patrocinador: _____

Tu opinión es importante para nosotros. Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro taller respondiendo las siguientes preguntas. Gracias por su colaboración.

MARCA LA CIFRA QUE MEJOR DESCRIBE TU OPINIÓN			
¿El taller cumplió con tus expectativas?			
¿Siente que comprende mejor su diabetes?			
Tengo el poder de realizar cambios en el control de mi diabetes.			
¿Recomendarías este taller a un miembro de la familia o amigo?			

¿Qué es lo que más te gusto? _____

¿Algún comentario? _____

