

## Folleto 2.5: Formulario de evaluación de la Sesión 2

**Instructor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### Afiliación al programa

¿En qué tipo de ámbito de cuidados para la primera infancia trabaja usted actualmente? (Marque todos los que correspondan.)

- Programa de Cuidado Infantil Familiar
- Programa en un centro
- Programa público para preescolares
- Programa privado para preescolares
- Programa público para jardín de infantes de 5 años (Kinder)
- Programa privado para jardín de infantes de 5 años
- Programa de Early Head Start
- Programa de Head Start
- Programa de actividades fuera del horario de escuela
- Otros \_\_\_\_\_

### Puesto

¿Cuál es su puesto actual? (Marque todos los que correspondan.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Director de un programa          | <input type="checkbox"/> Profesional clínico de salud mental    |
| <input type="checkbox"/> Director adjunto de un programa  | <input type="checkbox"/> Enfermero                              |
| <input type="checkbox"/> Líder de equipo                  | <input type="checkbox"/> Psicólogo                              |
| <input type="checkbox"/> Supervisor                       | <input type="checkbox"/> Educador de bebés                      |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de servicios         | <input type="checkbox"/> Maestro de niños pequeños              |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de RCP               | <input type="checkbox"/> Maestro de preescolar                  |
| <input type="checkbox"/> Asistente social                 | <input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado Infantil Familiar |
| <input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo       | <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Infantil Familiar |
| <input type="checkbox"/> Patólogo del lenguaje y el habla | <input type="checkbox"/> Maestro principal                      |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta                   | <input type="checkbox"/> Maestro                                |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional            | <input type="checkbox"/> Maestro auxiliar                       |
| <input type="checkbox"/> Educador                         | <input type="checkbox"/> Personal no profesional de apoyo       |

### Medición de los resultados del aprendizaje

A continuación se describen los resultados del aprendizaje de esta sesión. Por favor, lea cada uno. Luego **ponga una X en el casillero** que en su opinión describa mejor hasta qué punto se han cumplido los objetivos del aprendizaje (lo que usted ha aprendido o lo que cambiará como consecuencia de su experiencia en esta sesión de capacitación). **Por favor, elija UNA respuesta (sólo ponga una X) para cada resultado/fila.**

Objetivos del aprendizaje	Completamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<b>Sesión 2</b>				
Puedo describir la importancia de establecer relaciones con bebés y niños pequeños.				
Puedo describir lo que significa “apego” en el desarrollo social y emocional.				
Puedo identificar estrategias para establecer relaciones de crianza positivas y sensibles con los niños pequeños.				

**Por favor, responda las siguientes preguntas sobre esta sesión de capacitación:**

Las mejores características de esta sesión de capacitación fueron:

Sugerencias para mejorar:

Otros comentarios e impresiones que quiero mencionar (si necesita más espacio use el dorso de este formulario):