**Compañera Formulario de Seguimiento de sesión de grupo**

**Por favor, conteste todas las siguientes preguntas después que termine cada sesión que se dio en grupo. Sus opiniones son muy importantes para continuar mejorando el programa.**

1. Fecha de la sesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Hora que comenzó la sesión: \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_ AM o PM (marque uno con un círculo)
3. Hora que terminó la sesión: \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_ AM o PM (marque uno con un círculo)
4. Sesión (marque una):

 [ ] Semana 1-Manejando el impacto del cáncer

 [ ] Semana 2-Aprendiendo sobre el cáncer del seno y la sobrevivencia

 [ ] Semana 3-Encontrando la información sobre el cáncer que usted necesita

 [ ] Semana 4-Obteniendo el apoyo que usted necesita

 [ ] Semana 5-Los pensamientos y su estado de humor, parte 1

 [ ] Semana 6-Los pensamientos y su estado de humor, parte 2

 [ ] Semana 7-Manejo del estrés

 [ ] Semana 8- Estableciendo metas que nos hacen sentir mejor

 [ ] Semana 9- Estableciendo metas para una vida saludable

 [ ] Semana 10-Resumen del programa y estableciendo metas para el futuro

1. Compañera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Lugar: [ ]  1 CRCD

 [ ]  2 Entre Nosotras

 [ ]  3 KDHCD

 [ ]  4 Otro (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Número de clientas que participaron \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Cubrió todo el material del manual de esta semana? [ ]  1Sí [ ]  0 No, ¿por qué no? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. En la sesión de hoy, ¿se habló de algún otro tema adicional que no estaba en el manual? Describa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tuvieron todas las clientas la oportunidad de contribuir con la discusión de hoy? [ ]  1Sí [ ]  0 No, ¿por qué no?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tuvo algún problema para cumplir el tiempo programado? [ ]  0No [ ]  1Sí, ¿qué problemas?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tuvo algún problema siguiendo el manual? [ ]  0No [ ]  1Sí, ¿qué problemas?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Hubo algún otro problema? [ ]  0No [ ]  1Sí, ¿qué problemas?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, evalúe los siguientes aspectos en el grupo de hoy (marque con un círculo su respuesta para cada pregunta):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nada | Un poco | Algo | Bastante | Completamente |
| 1. ¿Qué tan cómoda se sintió dirigiendo el grupo hoy?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Qué tan bien pudo usted mantener la sesión y seguir el manual?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cuánto confiaron las clientas unas en otras?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cuánto se abrieron y compartieron las clientas unas con otras?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cuánto respeto mostraron las clientas unas con otras?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cuánto se apoyaron las clientas unas a otras?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Qué tan bien entendieron las clientas el material que les presentó hoy?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**¡GRACIAS! POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y LA HOJA DE LA ASISTENCIA A JASMINE SANTOYO-OLSSON**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name (print)/Nombre en letras de molde** | **Signature/Firma** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

** Date of session/Fecha de la sesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**