

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 de Seguimiento (GPRA-PEF por  
sus siglas en inglés)**

Se 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

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 beneficiarios de TTA.

GPRA Formulario de Seguimiento (GPRA-FU por sus siglas en inglés): (también conocido como el seguimiento de 60 días)

- Este formulario recopilará datos de seguimiento sobre eventos con una duración de al menos 3 (o más) horas.
- Este formulario recopilará información sobre la aplicación y utilidad de la información obtenida durante el evento TTA.

## GPRA Formulario de Seguimiento (GPRA-FU)

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. Antes de participar en este evento, sentí que era necesario para mí, mi organización, y/o mi comunidad hacer un cambio relacionado con el tema del evento.**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

**2. La información de este evento me ha beneficiado o satisfecho una necesidad para mí, mi familia, y/o comunidad.**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

**3. La información de este evento me ha beneficiado de manera profesional.**

- No corresponde; no ejerce ninguna actividad profesional
- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

**4. He utilizado la información obtenida en este evento para hacer cambios en mi práctica o para ayudar a mi familia y/o mi comunidad.**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral

- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

**5. Espero continuar utilizando la información de este evento en el futuro.**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

**6. He compartido la información obtenida en este evento con mi familia, comunidad, o colegas.**

- Sí
- No

**7. ¿Qué fue lo más útil del evento para apoyar sus responsabilidades laborales o su papel en la comunidad? (Puede indicar más de una).**

- Volantes y recursos
- Recursos en línea
- Información general obtenida
- Nuevas ideas para ayudar a mi comunidad
- Nuevas ideas para ayudar a mi práctica/pacientes/consumidores
- Red de contactos/interacciones con instructores/líderes y participantes
- Aprender nuevas modalidades/intervenciones para mejorar la vida en mi comunidad
- Aprender nuevas modalidades/intervenciones para mejorar mi práctica
- Aprender cómo ser más empático(a) con miembros de la comunidad o pacientes/consumidores
- Comprender mejor el contenido del evento
- Comprender mejor las necesidades de pacientes/consumidores
- Aprender la importancia de realizar mejoras continuas en mi práctica
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**8. Si es proveedor(a) de atención médica, ¿qué ha mejorado en su organización/práctica debido a este evento? (Puede indicar más de una cosa). Nota: Proveedores de atención médica incluyen**

proveedores de atención médica profesionales y paraprofesionales, incluidos servicios de prevención, tratamiento por adicciones y de salud mental, y de recuperación de organizaciones estatales, locales, tribales, o de atención médica, etc.

- No corresponde; no es proveedor de atención médica
- Comunicación/interacciones mejoradas con pacientes/consumidores/participantes/partes interesadas claves
- Comunicación mejorada con personal
- Liderazgo/estilo de gestión mejorado
- Mayor conciencia de necesidades de pacientes/consumidores/participantes/partes interesadas claves
- Mejor aplicación de prácticas adaptadas a la cultura
- Se adoptaron nuevas prácticas/intervenciones
- Implementación mejorada de prácticas/intervenciones existentes
- Se implementó la telesalud

- Acceso ampliado para poblaciones marginadas
- Recopilación y/o utilización mejorada de datos de valoración y/o evaluación
- Programas, políticas, prácticas u otras intervenciones adaptadas para ajustarse a la cultura local
- Preparación comunitaria mejorada y/o mayor movilización comunitaria
- Ningún cambio
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**9. Si es estudiante, ¿cómo le ha afectado este evento? (Puede indicar más de una cosa).**

- No corresponde; no es estudiante
- Mejoró mi comprensión del asunto
- Me inspiró a aprender más sobre el asunto
- Me preparó para atender mejor a pacientes/consumidores/participantes/partes interesadas claves
- Me ayudó a elegir una área de especialidad
- No me afectó
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**10. Si es miembro de la comunidad, ¿qué ha mejorado, basado en sus observaciones, en su comunidad debido a este evento? (Puede indicar más de una cosa).**

- No corresponde; no es miembro de la comunidad
- Mejor comprensión de trastornos de consumo de sustancias y/o enfermedades mentales
- Mejor comprensión de intervenciones de salud conductual efectivas
- Mayor implementación de programas de prevención
- Mejor comunicación con familia o miembros de la comunidad
- Mayor conciencia de las necesidades de miembros de la comunidad
- Mayor acción comunitaria/acción colectiva/abogacía colectiva
- Diálogo comunitario mejorado o mayor acceso a grupos de apoyo
- Menor estigmatización hacia personas con trastornos de consumo de sustancias o enfermedades mentales
- Sentido de bienestar colectivo
- Ningún cambio
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**Preguntas abiertas:**

11. **¿Qué barreras existen para aplicar la información presentada en este evento, si es que hay alguna?**

\_\_\_\_\_

12. **¿Qué parte del evento fue más útil para usted?**

\_\_\_\_\_

13. **¿Cómo podría ser mejorado este evento?**

\_\_\_\_\_

Personal Code Código personal: \_\_\_\_\_

**Gracias por completar nuestra encuesta.**