

Caja de Herramientas para el Examen y Evaluación del Asma Pediátrico de Pensilvania

Por favor complete y envíe este Formulario de Examen y Evaluación para recibir su certificado de participación y/o sus créditos del Acta 48 luego de su revisión de la Caja de Herramientas del Asma Pediátrico. ¡Gracias!

Nombre: _____

Fecha: _____

Nro. de Identificación Personal del Departamento de Educación: _____

Lugar de Trabajo: _____

Cargo: _____

Correo Electrónico: _____ Nro. de Teléfono: _____

Dirección: _____

Cuestionario de Post Evaluación

Por favor indique Verdadero o Falso.

1. El Código de las Escuelas de Pensilvania fue enmendado para permitir a los niños en edad escolar la portación y uso de inhaladores de asma. **Verdadero** ___ **Falso** ___
2. La enfermera de la escuela es el único miembro del personal de la escuela que necesita conocer los síntomas y desencadenantes del asma. **Verdadero** ___ **Falso** ___
3. La gripe es la causa principal de ausentismo en las escuelas. **Verdadero** ___ **Falso** ___

Por favor complete los espacios en blanco con su respuesta.

4. Los dos tipos de medicamentos para el asma son: _____ y _____.
5. ¿Qué mide un medidor Pico de Flujo? _____.

Por favor haga un círculo en una de las siguientes letras:

6. Una escuela que comprende el asma ofrece educación, desarrollo profesional, buena comunicación, servicios de referencias y una buena cooperación entre:
a. familias b. doctores c. escuelas d. a, b, y c

Caja de Herramientas para el Examen y Evaluación del Asma Pediátrico de Pensilvania

Evaluación

Por favor haga un círculo en la respuesta correcta.

1. *El contenido fue apropiado para las responsabilidades de mi trabajo:*

Muy de Acuerdo De Acuerdo Neutral No de Acuerdo En Completo Desacuerdo

2. *Los materiales incluidos en la Caja de Herramientas del Asma Pediátrico de Pensilvania son de uso práctico para mi trabajo:*

Muy de Acuerdo De Acuerdo Neutral No de Acuerdo En Completo Desacuerdo

3. *En el futuro tengo intenciones de usar la Caja de Herramientas del Asma Pediátrico de Pensilvania:*

Muy de Acuerdo De Acuerdo Neutral No de Acuerdo En Completo Desacuerdo

4. *Debido a esta Caja de Herramientas tengo un mejor entendimiento de los recursos para el asma que están disponibles para mi:*

Muy de Acuerdo De Acuerdo Neutral No de Acuerdo En Completo Desacuerdo

5. *¿Quién enseñará utilizando esta Caja de Herramientas? Haga una X en todas las respuestas que correspondan:*

Personal Administrativo ____	Personal de Apoyo ____	Maestros ____
Organizaciones de la Comunidad ____	Estudiantes ____	Padres ____
Defensores de los Derechos de la Comunidad ____	Doctores ____	Enfermeras ____
Escuelas ____	Niños ____	
Otros: _____		

6. *¿Qué calificación general le daría a la Caja de Herramientas del Asma Pediátrico de Pensilvania?*

Muy buena Buena Regular Mala Muy Mala

Por favor responda con oraciones completas.

7. *La parte **MÁS** valiosa de esta Caja de Herramientas fue:*

8. *La parte **MENOS** valiosa de esta Caja de Herramientas fue:*

Caja de Herramientas para el Examen y Evaluación del Asma Pediátrico de Pensilvania

Comentarios adicionales o sugerencias:

¿Le gustaría recibir información sobre como ser un miembro de la Asociación del Asma de Pensilvania (PAP - Pennsylvania Asthma Partnership)?

Sí ___ No ___

Por favor recuerde que las actualizaciones de la Caja de Herramientas del Asma Pediátrico de Pensilvania se encuentran disponibles en Internet www.PAasthma.org.

Gracias por completar este formulario de examen y evaluación. Sus respuestas influenciarán directamente el contenido de la Caja de Herramientas del Asma Pediátrico de Pensilvania en el futuro.

Por favor, envíe las evaluaciones con sus respuestas a:

Karen Green, Asthma Control Program Manager
Division, Nutrition and Physical Activity
PA Department of Health
Room 1000, Health & Welfare Building
625 Forster Street
Harrisburg, PA 17120-0701