

Nombre de la Actividad: [Organizador: Por favor escriba el nombre de la actividad aquí.]
 Fecha de la Actividad: [Organizador: Por favor escriba la fecha de la actividad aquí.]

Por favor responda esta encuesta acerca de la actividad a la asistió hoy. Esta encuesta no le tomará más de 5 minutos en contestar. La información se usará para planear actividades futuras.

SATISFACCIÓN: La satisfacción depende de muchas cosas. Considere su actividad ideal y las expectativas que haya tenido antes de participar en esta actividad, por favor responda las siguientes preguntas.

	Nada 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente 10
1a. ¿Qué tanto cumplió esta actividad con sus expectativas?										
1b. ¿Qué tanto se parece esta actividad a su modelo 'ideal'?										
1c. Basado en su experiencia, ¿qué tan probable es que le recomiende a un amigo o colega que participe en una actividad como ésta en el futuro?										
1d. En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con esta actividad?										

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Los organizadores establecieron algunos objetivos para esta actividad (p.ej., incrementar la difusión de nuevos recursos o nueva información). Con base en su experiencia, por favor indique si esta actividad cumplió o no con los objetivos establecidos.

	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutral 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
2a. [Organizador: Escriba el objetivo aquí.]					
2b. [Organizador: Escriba el objetivo aquí.]					
2c. [Organizador: Escriba el objetivo aquí.]					
2d. [Organizador: Escriba el objetivo aquí.]					

3. ¿Qué fue lo más importante que aprendió en esta actividad?

IMPACTO DE ESTA ACTIVIDAD: Indique qué tanto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

Mi participación en esta actividad...	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutral 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
4a. Aumentó mi capacidad para decidir si la fuente de información sobre salud es confiable.					
4b. Aumentó mi capacidad para comunicar información sobre salud a otras personas.					
4c. Aumentó mi capacidad para encontrar información sobre salud en línea.					
4d. Fue útil para mi desarrollo profesional.					
4e. Planeo usar los conocimientos, habilidades, y/o recursos de esta actividad en futuras actividades personales y/o profesionales					

5. Indique si esta actividad incrementó su información o conocimiento sobre los sitios electrónicos de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM). (Seleccione todas las opciones que correspondan.)

<input type="checkbox"/>	ClinicalTrials.gov
<input type="checkbox"/>	MedlinePLUS
<input type="checkbox"/>	PubMed
<input type="checkbox"/>	Otras, especifique:
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores

CONOCIMIENTO Y CONFIANZA EN LAS ORGANIZACIONES: Por favor indique qué tanto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Mi participación en esta actividad aumentó mi conocimiento sobre la misión y el trabajo de las siguientes organizaciones:	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutral 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5	No conozco a esta organización
6a. La organización que realizó esta actividad						
6b. Mi Biblioteca Médica Regional (RML por sus siglas en inglés)						
6c. La Red de la Biblioteca Nacional de Medicina (NNLM por sus siglas en inglés)						
6d. La Biblioteca Nacional de Medicina (NLM por sus siglas en inglés)						

Por favor no conteste las preguntas #7 y #8 (incluidas a continuación) para cualquier organización que haya marcado arriba como “No conozco a esta organización.”

Mi participación en esta actividad aumentó mi confianza en las siguientes organizaciones como fuentes de información confiables sobre salud.	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutral 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
7a. La organización que realizó esta actividad					
7b. Mi Biblioteca Médica Regional (RML)					
7c. La Red de la Biblioteca Nacional de Medicina (NNLM)					
7d. La Biblioteca Nacional de Medicina (NLM)					

Mi participación en esta actividad aumentó mi confianza en las siguientes organizaciones como posibles colaboradores en futuras actividades.	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutral 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
8a. La organización que realizó esta actividad					
8b. Mi Biblioteca Médica Regional (RML)					
8c. La Red de la Biblioteca Nacional de Medicina (NNLM)					
8d. La Biblioteca Nacional de Medicina (NLM)					

9. (Opcional) Por favor comparta con nosotros cualquier comentario adicional sobre la actividad en la que participó, o sobre cualquiera de sus respuestas en esta encuesta.

¡Muchas gracias por contestar esta encuesta! Por favor devuelva esta encuesta a los organizadores.