

# Evaluación: *Conseguir y mantener el primer trabajo*

FAST Evaluación del taller

**Agradeceremos sus comentarios sobre este taller.**

1. Usted es: (favor de marcar la respuesta correcta)

- padre     padre sustituto/padre de crianza     abuelo     otro familiar/tutor     educador regular  
 maestro de educación especial     profesional     estudiante     administrador  
 otro (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

2. ¿Qué edad tiene su niño(a)/joven adulto?

3. ¿Tiene su hijo(a) algún impedimento?     sí (favor de contestar la pregunta #4)     no (vaya a la pregunta #5)

4. ¿Cuál es su impedimento principal? (marque sólo una respuesta)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD-ADHD                                   | <input type="checkbox"/> enfermedad mental             | <input type="checkbox"/> impedimento específico del aprendizaje  |
| <input type="checkbox"/> impedimentos del desarrollo cognoscitivo   | <input type="checkbox"/> autismo                       | <input type="checkbox"/> impedimento del habla/lenguaje          |
| <input type="checkbox"/> sordo-ciego                                | <input type="checkbox"/> múltiples impedimentos        | <input type="checkbox"/> lesión cerebral traumática              |
| <input type="checkbox"/> impedimento auditivo                       | <input type="checkbox"/> impedimento físico ortopédico | <input type="checkbox"/> impedimento visual, que incluye ceguera |
| <input type="checkbox"/> retraso del desarrollo (infancia temprana) | <input type="checkbox"/> otro impedimento de salud     | <input type="checkbox"/> sospecha de algún impedimento _____     |
| <input type="checkbox"/> trastorno emocional                        |  |  |

5. En general, ¿cómo calificaría este taller?

- excelente     muy bueno     bueno     aceptable     malo

6. ¿Ha aprendido algo nuevo en este taller?     sí     no

Encontré los siguientes temas muy útiles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Le ayudó este taller a aprender a comunicarse de manera más eficaz con su hijo(a)?     sí     no

8. ¿Le ayudará la información del taller a saber cómo trabajar mejor con su hijo(a)?     sí     no

9. ¿Considera que fueron de alta calidad los materiales que recibió en este taller?     sí     no

10. ¿Qué sugerencias tiene para ayudar a mejorar el taller? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Comentarios adicionales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_