

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 descrita aquí arriba. 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<br>1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Totalmente<br>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<br>1 | En desacuerdo<br>2 | Neutral<br>3 | De acuerdo<br>4 | Muy de acuerdo<br>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<br>1 | En desacuerdo<br>2 | Neutral<br>3 | De acuerdo<br>4 | Muy de acuerdo<br>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 <b>conocimiento sobre la misión y el trabajo de las siguientes organizaciones:</b> | Muy en desacuerdo<br>1 | En desacuerdo<br>2 | Neutral<br>3 | De acuerdo<br>4 | Muy de acuerdo<br>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 <b>como fuentes de información confiables sobre salud.</b> | Muy en desacuerdo<br>1 | En desacuerdo<br>2 | Neutral<br>3 | De acuerdo<br>4 | Muy de acuerdo<br>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 <b>como posibles colaboradores en futuras actividades.</b> | Muy en desacuerdo<br>1 | En desacuerdo<br>2 | Neutral<br>3 | De acuerdo<br>4 | Muy de acuerdo<br>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.