



Autoevaluación del facilitador

Kit de capacitación del Proyecto Firstline para el control de infecciones



Departamento de Salud
y Servicios Humanos de
los Estados Unidos
Centros para el Control y la
Prevención de Enfermedades



Autoevaluación del facilitador

Fecha y hora de la sesión (MM/DD/AAAA): ____/____/____ a las ____ a. m. o p. m.

Facilitador: _____

Tema: _____

**Lo invitamos a registrar su autoevaluación a continuación.
Esta información le ayudará a mejorar las sesiones futuras.**

¿Qué funcionó bien en esta sesión?

¿Qué fue un desafío en esta sesión?

¿Desea hacer algún cambio en la forma en que presenta este contenido la próxima vez?

Pasos por seguir antes de la próxima sesión: