

## Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

**\*Respuesta obligatoria**

**\*Tipo de programa:**

UCEDD       LEND       LEAH       PPC       DBP

**\*Año fiscal:**      **2024**

**\*Función básica:**      **Educación continua/capacitación comunitaria**

**Relacionado con el COVID-19:**   

**\*Título de la actividad:** \_\_\_\_\_

**\*Grupo de actividad**     Educación continua     Capacitación comunitaria

**Breve descripción de la actividad** (Este campo puede utilizarse para proporcionar breves datos explicativos (hasta 50 palabras) sobre la actividad que se informa en este registro) (por ejemplo, fecha, ubicación, miembros del personal involucrados, tema/s cubiertos, qué ocurrió). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Participación del personal** \_\_\_\_\_

(Indique el nombre y el apellido de todos los miembros del personal que participaron en la realización de esta actividad).

**\*El público objetivo principal es/está** (seleccione una opción):

- |   |                                   |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Local             | <input type="radio"/> Tribal      | <input type="radio"/> Nacional      |
| <input type="radio"/> Título V          | <input type="radio"/> Otro estado | <input type="radio"/> Internacional |
| <input type="radio"/> Dentro del estado | <input type="radio"/> Regional    |                                     |

**\*Método de capacitación** (seleccione una opción):

- |  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| <input type="radio"/> Presentación/seminario | <input type="radio"/> Audioconferencia           | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Taller/conferencia     | <input type="radio"/> Videoconferencia           |                            |
| <input type="radio"/> Curso por Internet     | <input type="radio"/> Curso presencial o en vivo |                            |

**\*¿Se ofrece en persona, a distancia o de modo mixto?** (seleccione una opción)

- |                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> En persona | <input type="radio"/> A distancia | <input type="radio"/> Modo mixto |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

**\*¿Se ofrecen créditos de educación continua?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

**\*¿Se ofrecen certificados de finalización o CEU (unidades de educación continua) (o sus equivalentes)?**

(seleccione "sí" para la educación continua; seleccione "no" para la capacitación comunitaria)

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

**\*Tipo de actividad** (seleccione una opción)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Actividades de promoción | <input type="radio"/> Adquisición de habilidades | <input type="radio"/> Cambio sistémico |
|--|--|--|

**\*¿Esta actividad aborda las necesidades de los jóvenes con necesidades especiales de atención médica de pasar a recibir atención médica para adultos?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

**\*¿A través de qué procesos está promoviendo o facilitando que los jóvenes con necesidades especiales de atención médica pasen a recibir atención médica para adultos?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asistencia técnica                              | <input type="radio"/> Seguimiento/vigilancia               |
| <input type="radio"/> Capacitación                                    | <input type="radio"/> Evaluación/examinación               |
| <input type="radio"/> Desarrollo de productos                         | <input type="radio"/> Remisión/coordinación de la atención |
| <input type="radio"/> Investigación/publicaciones revisadas por pares | <input type="radio"/> Servicio directo                     |
| <input type="radio"/> Disseminación/difusión de información/educación | <input type="radio"/> Iniciativas para mejorar la calidad  |

**\*¿Esta actividad promueve o facilita la evaluación y el seguimiento del desarrollo en su programa?**

Sí

No

**\*¿A través de qué procesos está promoviendo o facilitando la evaluación y el seguimiento del desarrollo en su programa?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asistencia técnica                              | <input type="radio"/> Seguimiento/vigilancia               |
| <input type="radio"/> Capacitación                                    | <input type="radio"/> Evaluación/examinación               |
| <input type="radio"/> Desarrollo de productos                         | <input type="radio"/> Remisión/coordinación de la atención |
| <input type="radio"/> Investigación/publicaciones revisadas por pares | <input type="radio"/> Servicio directo                     |
| <input type="radio"/> Disseminación/difusión de información/educación | <input type="radio"/> Iniciativas para mejorar la calidad  |

**\*Área de énfasis (marque una opción)**

Áreas enumeradas en la Ley de Asistencia y Declaración de Derechos para Personas con Discapacidades del Desarrollo (DD, por sus siglas en inglés):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Actividades de garantía de calidad               | <input type="radio"/> Educación e intervención temprana            |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el cuidado de niños | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con la salud        |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el empleo           | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con la vivienda     |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el transporte       | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el tiempo libre |

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Actividades de calidad de vida            | <input type="radio"/> Otro (Tecnologías de apoyo) |
| <input type="radio"/> Otro (Diversidad cultural)                | <input type="radio"/> Otro (Liderazgo)            |
| <input type="radio"/> Otro (especifique): <input type="radio"/> |   |

**\*Tipo y número de participantes (indique el número de todos los que corresponda)**

Pasantes \_\_\_\_\_  
Otros estudiantes en el aula \_\_\_\_\_  
Profesionales y para profesionales \_\_\_\_\_  
Familiares/cuidadores \_\_\_\_\_  
Adultos con discapacidades \_\_\_\_\_  
Niños/adolescentes con \_\_\_\_\_  
Legisladores/responsables de políticas \_\_\_\_\_  
    Comunidad/local \_\_\_\_\_  
    Socios estatales/nacionales \_\_\_\_\_  
    Total \_\_\_\_\_  
Público en general/miembros de la comunidad \_\_\_\_\_  
Socios locales/comunitarios \_\_\_\_\_  
Socios estatales/nacionales \_\_\_\_\_

TOTAL DE PARTICIPANTES:

**Satisfacción del cliente**

**\*¿El Centro encabezó esta actividad?**

- Sí (En caso afirmativo, introduzca los resultados de la encuesta a continuación).  
 No

Número total de encuestados \_\_\_\_\_

Indique el número total que respondió:

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_ Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

**\*Medida de resultado inicial**

Para las personas que reciben capacitaciones periódicas y continuas, porcentaje que informa de un aumento de los

- en el área de énfasis
- en el tema de capacitación en el área de énfasis

Número total de encuestados \_\_\_\_\_

Indique el número total que respondió:

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_

De acuerdo \_\_\_\_\_

\*Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

" No aplica

**\*Agencias que colaboran en el trabajo de la actividad**

" No aplica/no hay agencia colaboradora

**\*Agencia principal que colabora en el trabajo de la actividad** (Seleccione una opción)

- Agencia estatal del Título V
- Otro programa financiado por la MCHB o relacionado
- Departamento de Salud del estado
- Programas clínicos/hospitales
- Salud de los adolescentes del estado
- Otro programa relacionado con la salud
- Seguro médico/organización de atención
- Medicaid
- Consejo de Discapacidades del Desarrollo
- Agencia de protección y defensa (P&A)
- Otro UCEDD
- Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños
- Head Start/Early Head Start
- Educación especial estatal/local (3-21)
- Educación general estatal/local
- Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad)
- Empleo/rehabilitación profesional
- Agencia o proveedor estatal/local para servicios sociales estatales/locales
- Organización para el cuidado de los ancianos
- Agencia de salud (pública/privada)
- Agencia para la salud mental/abuso de vivienda
- Agencia/proveedor de vivienda
- Agencia para el tiempo libre
- Agencia de transporte
- Organización de proveedores
- Organización de consumidores/defensa
- Coalición estatal/local
- Organismo legislativo
- Organización judicial/legal
- Organización comunitaria o religiosa
- Asociación nacional
- Organización independiente de investigación o
- Fundación
- Otro

**\*Todas las agencias que colaboran en el trabajo de la actividad** (debe marcar todas las opciones que correspondan)

(Se puede indicar el nombre de la/s agencia/s en el espacio previsto)

- " Agencia estatal del Título V \_\_\_\_\_
- " Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella \_\_\_\_\_
- " Departamento de Salud del estado \_\_\_\_\_
- " Programas clínicos/hospitales \_\_\_\_\_
- " Salud de los adolescentes del estado \_\_\_\_\_
- " Otro programa relacionado con la salud \_\_\_\_\_
- " Seguro médico/organización de atención administrada \_\_\_\_\_
- " Medicaid \_\_\_\_\_
- " Consejo de Discapacidades del Desarrollo \_\_\_\_\_
- " Agencia de protección y defensa (P&A) \_\_\_\_\_
- " Otro UCEDD \_\_\_\_\_
- " Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños \_\_\_\_\_
- " Head Start/Early Head Start \_\_\_\_\_
- " Educación especial estatal/local (3-21) \_\_\_\_\_
- " Educación general estatal/local \_\_\_\_\_
- " Educación postsecundaria (institución de educación \_\_\_\_\_
- " Empleo/rehabilitación profesional \_\_\_\_\_
- " Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del \_\_\_\_\_
- " Servicios sociales estatales/locales \_\_\_\_\_
- " Organización para el cuidado de los ancianos \_\_\_\_\_
- " Agencia de salud (pública/privada) \_\_\_\_\_
- " Agencia para la salud mental/abuso de sustancias \_\_\_\_\_
- " Agencia/proveedor de vivienda \_\_\_\_\_
- " Agencia para el tiempo libre \_\_\_\_\_
- " Agencia de transporte \_\_\_\_\_
- " Organización de proveedores \_\_\_\_\_
- " Organización de consumidores/defensa \_\_\_\_\_

- Coalición estatal/local
- Organismo legislativo
- Organización judicial/legal
- Organización comunitaria o religiosa
- Asociación nacional
- Organización independiente de investigación o políticas
- Fundación
- Otro

---



---



---



---



---



---



---



---

**\*Tema de la educación continua**

**\*Lista A** (seleccione una opción)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Relacionado con la atención clínica (incluido el hogar | <input type="radio"/> Trabajo en equipo interdisciplinario      |
| <input type="radio"/> Relacionado con la competencia cultural                | <input type="radio"/> Liderazgo del personal de atención médica |
| <input type="radio"/> Datos, investigación, métodos de evaluación            | <input type="radio"/> Políticas                                 |
| <input type="radio"/> (traducción de conocimientos)                          | <input type="radio"/> Prevención                                |
| <input type="radio"/> Participación de la familia                            | <input type="radio"/> Desarrollo/mejora de sistemas             |

**\*Lista B** (seleccione todas las opciones que correspondan)

- ..  Salud reproductiva/perinatal de la mujer
- ..  Salud y desarrollo de la primera infancia (desde el nacimiento hasta la edad escolar)
- ..  Niños en edad escolar
- ..  Salud de los adolescentes
- ..  Niños con necesidades especiales de atención médica (CSHCN)/discapacidades del desarrollo
- ..  Autismo
- ..  Preparación para emergencias
- ..  Tecnología de la información médica
- ..  Salud mental
- ..  Nutrición
- ..  Salud oral
- ..  Seguridad de los pacientes
- ..  Enfermedades respiratorias
- ..  Poblaciones vulnerables
- ..  Disparidades de salud
- ..  Financiación de la atención médica
- ..  Otro

**\*Afiliación al proyecto**

- ..  No aplica/no hay proyecto afiliado
- ..  Proyecto afiliado principal. Indique el título:
- ..  Proyecto afiliado secundario. Indique el título:

**\*Duración** (Informe según la hora completa más cercana):

- ..  No aplica
- ..  Fecha de la actividad \_\_\_\_\_
- ..  (mm/dd/aaaa)
- ..  ¿Actividad recurrente?
- ..  (En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad)