



TOMANDO CONTROL DE SU SALUD

LISTA DE ASISTENCIA



Por favor escriba claramente la información del taller abajo

Fuente de financiamiento: (Marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> CDC <input type="checkbox"/> AoA <input type="checkbox"/> Other		Tipo de taller: <input type="checkbox"/> CDSMP <input type="checkbox"/> DSMP	
Agencia que ofrece el taller		Fecha de inicio del taller	Fecha de terminación del taller
Nombre del sitio donde será el taller		Dirección (calle, ciudad y código postal)	
Líder 1 Primer Nombre	Apellido	Número de teléfono	Marque una: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Empleado
Líder 2 Primer Nombre	Apellido	Número de teléfono	Marque una: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Empleado
¿Usted ofreció la "Sesión 0" en este taller? (la "Sesión 0" es un Pre-Taller opcional) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Cuántas formas de participación están incluidas en su paquete?			

Coloque una marca en cada una de las iniciales de los participantes, para indicar las semanas que asistieron.

	Iniciales del participante	SEMANA						¿Cómo se enteró de este taller?
		1	2	3	4	5	6	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								