

# Evaluación del Programa Año Fiscal \_\_\_\_\_: Programa de Comedores Para Adultos Mayores



Este programa está financiado en parte por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marin. Al responder las siguientes preguntas, usted aportará información para la planificación futura sobre los programas y servicios para adultos mayores y cuidadores familiares en el Condado de Marin. Es importante que recibamos respuesta de su parte. La información que usted proporcione se mantendrá confidencial.

**Comedor:** \_\_\_\_\_

1. ¿Ha asistido a este comedor durante el último mes?  Sí  No  
Si respondió "No", pase a la pregunta 4. Si respondió "Sí", por favor continúe en la siguiente.
2. En el último mes, ¿cuál es la *calidad* general de las comidas que recibió? (marque una)  
 Excelente     Buena     Regular     Mala  Muy mala
3. En el último mes, la porción de comida es generalmente:  Abundante     Adecuada     Inadecuada  
Si respondió "Inadecuada," favor de dar uno o varios ejemplos: \_\_\_\_\_
4. Mencione sus alimentos favoritos del menú que se sirve en el programa: \_\_\_\_\_
5. Mencione los alimentos del menú que le desagradan: \_\_\_\_\_
6. Que alimentos le gustaría agregar al menú o que se sirvieran con más frecuencia? \_\_\_\_\_
7. ¿El personal y los voluntarios le ayudan?     Siempre     Algunas veces     Necesitan mejorar
8. ¿Cómo considera que es la atmósfera del comedor (iluminación, acomodo de asientos, temperatura del lugar, etc.)?  Excelente     Buena     Regular     Mala     Muy mala
9. ¿Durante la comida, tiene usted tiempo para socializar con sus amigos o para conocer a gente nueva?  
 Siempre     A veces     Nunca
10. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con el programa de comidas?  
 Muy satisfecho(a)     Algo satisfecho(a)     Insatisfecho(a)
11. En general, ¿cómo mejoraron su salud y bienestar como resultado del programa de comidas?  
 Mejoraron mucho     Mejoraron algo     Se quedaron igual
12. ¿Cuánto tiempo ha participado en el Programa de comidas para adultos mayores?  
 Menos de un año     1 a 2 años     2 a 3 años     3 o más años
13. ¿Cómo se enteró por primera vez sobre el Programa de comidas para adultos mayores? Marque todas las que apliquen.  
 Centro comunitario/para adultos mayores     Boletín (especifique): \_\_\_\_\_  
 Amigo/conocido/lo escuchó de alguien     Proveedor de servicio  
 Familiar     Trabajador(a) social/trabajador(a) del caso  
 IJ de Marin     Cartel o folleto  
 Otra (favor de especificar): \_\_\_\_\_

# Evaluación del Programa Año Fiscal \_\_\_\_\_: Programa de Comedores Para Adultos Mayores

14. ¿Qué haría si el Programa de comidas no estuviera disponible para usted?  
\_\_\_\_\_

15. ¿Utilizaría el Programa de comidas para adultos mayores nuevamente en el futuro?  
 Sí                       No                       No está seguro(a)

16. ¿Qué tan probable es que usted recomiende el Programa de comidas para adultos mayores a un familiar, vecino o amigo?  
 Muy probable     Algo probable                       Nada probable

17. Si no es nada probable que usted recomiende este programa o servicio a alguien más, ¿cuáles serían sus razones?  
 Favor de explicar: \_\_\_\_\_

18. Favor de indicar su nivel de acuerdo con las siguientes preguntas. Encierre en un círculo su nivel de acuerdo para cada pregunta.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
El programa de comidas para adultos mayores cumplió mis expectativas.	4	3	2	1
El programa de comidas para adultos mayores cumplió con mis necesidades.	4	3	2	1
El Programa de comidas para adultos mayores proporciona servicios de alta calidad.	4	3	2	1
El Programa de comidas para adultos mayores fue culturalmente adecuado.	4	3	2	1
El Programa de comidas para adultos mayores es fácilmente accesible.	4	3	2	1

19. En su opinión, ¿cuál es la mejor parte de este programa? \_\_\_\_\_

20. ¿Qué podríamos mejorar para hacer este programa aún más exitoso? \_\_\_\_\_

21. ¿Qué otros servicios pudiera necesitar usted actualmente y no los está recibiendo?  
\_\_\_\_\_

22. ¿Sobre qué temas de nutrición le gustaría aprender? (Marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria	<input type="checkbox"/> Control de la presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Control de peso	<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Salud de los huesos	<input type="checkbox"/> Grasa y colesterol
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Vitaminas/ Minerales
<input type="checkbox"/> Ejercicio/ Condición física	<input type="checkbox"/> Salud del corazón
<input type="checkbox"/> Comida del Programa de nutrición para adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____

**Evaluación del Programa Año Fiscal \_\_\_\_\_: Programa de Comedores  
Para Adultos Mayores**

*¡Gracias por llenar este cuestionario!*