

Proveedor de atención primaria de salud - Documentación de capacitación

**Información del proveedor**

Durante el curso del estudio, se debe dar seguimiento a cada proveedor de APS con respecto a la participación en las sesiones de capacitación. Además, los posibles abandonos deben documentarse aquí. **Complete esta hoja para cada proveedor en el brazo 2-4 y para cada sesión de entrenamiento.**

<b>Proveedor ID</b>	_____
---------------------	-------

*prov.id*

**Participación en sesiones de capacitación**

<b>Sesiones de capacitación</b>	<input type="checkbox"/> (1) Sesión de capacitación 1 <input type="checkbox"/> (2) Sesión de capacitación 2 <input type="checkbox"/> (3) Sesión de refuerzo 1 <input type="checkbox"/> (4) Sesión de refuerzo 2
<b>Fecha de capacitación</b>	____ / ____ / ____ (DD / MM / AA)
<b>Participación formativa</b>	<input type="checkbox"/> (1) Participó en la sesión de capacitación <input type="checkbox"/> (2) Ausente en la sesión de capacitación
<b>Si está ausente en la capacitación, ¿podría repetirse el entrenamiento?</b>	<input type="checkbox"/> (1) Si <input type="checkbox"/> (2) No

*training*

*train.day/  
train.month/  
train.year*

*train.participation*

*train.repeat*