## **Comentarios de los participantes del evento** *¡Gracias por tu participación! Nos encantaría recibir sus comentarios sobre el programa a través de esta breve encuesta.*

1. **¿Cuál es su código postal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **¿Esta participando en el Programa de Investigación Cientifica *All of Us*?** (Selecciona una sola.)

Sí No No estoy Seguro

1. **¿Había escuchado hablar del Programa de Investigación Cientifica *All of Us* ANTES de este evento?** (Selecciona una sola.)

Sí No No estoy Seguro

1. **¿Conoce más sobre el Programa de Investigación Cientifica *All of Us* DESPUÉS de haber participar en este evento?** (Selecciona una sola.)

Sí No No estoy Seguro

1. **Después de este evento, ¿qué probabilidades hay de que...**
	1. Se registre en el Programa de Investigación Cientfica *All of Us* (Selecciona una sola.)

Probable No estoy Seguro Improbable Ya tengo una cuenta

* 1. Visite el sitio web [JoinAllofUs.org/bnm](http://www.joinallofus.org/bnm) para obtener más información (Selecciona una sola.)

Probable No estoy Seguro Improbable

* 1. Vaya a otros eventos *All of Us* (Selecciona una sola.)

Probable No estoy Seguro Improbable

* 1. Inicie sesión en sucuenta *All of Us* (Selecciona una sola.)

Probable No estoy Seguro Improbable No tengo una cuenta

* 1. Complete una acción en su cuenta *All of Us* (por ejemplo, complete una encuesta o dé su consentimiento para compartir registros electrónicos de salud). (Selecciona una sola.)

Probable No estoy Seguro Improbable No tengo una cuenta

1. **Como resultado de mi participación en este evento, conozco un poco más acerca de..** ***[INSERTAR Objetivo de aprendizaje para medir el conocimiento del tema de salud presentado]*** (Selecciona una sola.)
Sí No No estoy Seguro
2. **¿Tiene algún comentario adicional que le gustaría compartir sobre el evento?**

¿Podemos utilizar sus comentarios anónimos con fines de marketing/promoción? No incluiremos ninguna información de identificación. **Sí No**