

ENCUESTA SOBRE EL KIT CASERO DE OPIOIDES

Primer Nombre:	Edad:
Apellido (opcional):	Varón o Mujer
¿Quiere suscribirse a nuestro boletín?	¿Cuántos hijos tiene?
Correo electrónico o dirección postal:	
Número de teléfono:	

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta breve encuesta. Las metas de los Kits Caseros son:

- promover **la conciencia de los peligros del Opiode,**
- ayudar a otros **a saber qué signos buscar, y**
- ayudar a los padres **a hablar con sus hijos sobre los opioides**

Por favor, tómese unos minutos para compartir sus pensamientos sobre lo que usted aprendió de la presentación de hoy. Esta encuesta solo debe tomar unos 10 minutos para finalizar.

Esto es completamente voluntario y confidencial. No se requieren nombres. Gracias.

1. ¿Usted sabía lo que eran los Opioides antes de recibir los Kits Caseros? Sí o NO

2. ¿Qué sabía usted de los OPIOIDES antes de recibir los Kits Caseros?:

3. Aprendí de los Kits Caseros que:

4. Los Kits Caseros de Opioides fueron útiles para mí porque:

5. Yo escucho a la estación Radio KDNA para información. SÍ o NO

6. Los signos de posible adicción a los Opioides incluyen:

7. Personalmente conozco a alguien que tiene dificultades con el uso de Opioides. SÍ o NO

8. Si yo, o alguien que yo conozco necesita ayuda para tratar la adicción a los Opioides, puedo llamar

9. Los recursos para ayudar a la adicción a los Opioides incluyen :
