

## Cuestionario de Embajador

\_\_\_\_\_  
Título de la Lección de Salud

\_\_\_\_\_  
Nombre del Embajador

\_\_\_\_\_  
Lugar de Entrenamiento (dirección física)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico del Embajador

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del Embajador

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico del Aprendiz

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del Aprendiz

Número de Individuos Entrenados \_\_\_\_\_

¿Está programado un entrenamiento adicional en este lugar? Sí / No

Si la respuesta es sí, cual es la  
fecha programada del entrenamiento \_\_\_\_\_

¿Tienes algún comentario o reacción?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_