

LAMPREY HEALTH CARE

Questionário de Avaliação de Aprendizagem

(Learning Assessment Questionnaire)

DATA: _____

NOME: _____

Data de Nascimento.: _____

Por favor verifique todo que é aplicável.

(Please check all that apply.)

#1 – Quando compartilhamos informação com você, qual a sua preferência para receber e aprender esta informação? (When we share information with you, what is your preference for learning?)

___ Escrito-panfletos-livretos-folhetos
(Written-pamphlets, booklets, handouts)

___ Conversas individuais
(One-on-One Discussions)

___ Vídeos
(Videos)

___ Mãos em pratica / demonstração
(Hands On Practice & Demonstration)

___ Aulas
(Class)

___ Áudio (gravação)
(Audio Tapes)

___ Explicação verbal
(Verbal explanations)

___ Outro
(Other)

Comentários: (Comments): _____

2 – Quem mais você gostaria que incluíssemos na educação? (Who else would you like to include in the education?)

___ Irmão (a)
(Sibling)

___ Esposo (a) / Companheiro (a)
(Spouse/partner)

___ Amigo (a)
(Friend)

___ Crianca
(Child)

___ Ninguém
(No One)

___ Outro
(Other)

Comentários: (Comments) : _____

3 – Que coisas podem afetar a capacidade da sua familia para aprender esta informação? (What things might affect you or your family's ability to learn?)

___ Nenhum
(None)

___ Problemas de Aprender
(Learning problems)

___ Barreiras Emotivas
(Emotional barriers)

___ Linguagem
(Language)

___ Problemas Físicos
(Physical problems)

___ Problemas Financeiros
(Financial issues)

___ A capacidade de leitura (aptidão litária)
(Reading ability / literacy)

___ Dano auditivo
(Hearing impairment)

___ Desinteresse
(Disinterest)

___ Crenças Religiosas ou culturais
(Religious or cultural beliefs)

___ Dano de Visão
(Vision impairment)

___ Outro
(Other)

Comentários: (Comments) : _____