

LAMPREY HEALTH CARE

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE APRENDIZAJE

(Learning Assessment Questionnaire)

Fecha *(date)* _____

Nombre *(Name)* _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor marque todo lo que le aplique. *(Please check all that apply)*

#1. Cuando nosotros compartimos información con usted, ¿Cuál es su preferencia para el aprendizaje? *(When we share information with you, what is your preference for learning?)*

_____ Folletos/Panfletos/Volantes _____ Videos _____ Cintas de Audición
(Written-pamphlets-booklets-handouts) (Videos) (Audio Tapes)

_____ Discusiones individuales _____ Clases _____ Prácticas/Demostraciones
(One-on-One discussions) (class) (hands on practice/demonstration)

_____ Explicaciones Verbales _____ Otro
(Verbal Explanation) (Other)

Comentarios *(Comments)*: _____

#2. ¿A quién más le gustaría usted incluir en la educación? *(Who else would you like us to include in the education?)*

_____ Nadie _____ Hermano(a) _____ Amigo(a)
(No one) (Sibling) (Friend)

_____ Esposa(o)/Pareja _____ Niño(a) _____ Otro
(Spouse/Partner) (Child) (Other)

Comentarios *(Comments)*: _____

3. ¿Qué cosas podrían afectarle a usted o a su familia la capacidad de aprender?
(What things might affect you or your family's ability to learn?)

_____ Nada _____ Impedimento Visual _____ Impedimento Auditivo
(None) (Vision impairment) (Hearing impairment)

_____ Idioma _____ Barreras Emocionales _____ Capacidad de Leer (Analfabeto)
(Language) (Emotional barriers) (Reading ability literacy)

_____ Desinterés _____ Problemas Económicos _____ Problemas de Aprendizaje
(Disinterest) (Financial Issues) (Learning problems)

_____ Otro _____ Problemas Físicos _____ Creencias Religiosas o Culturales
(Other) (Physical problems) (Religious or cultural beliefs)

Comentarios *(Comments)*: _____