

Life with Cancer – PROGRAMA DE MANTENIMIENTO FÍSICO – Evaluación del programa

Nombre de la clase: _____ **Fecha:** _____

Instructor/conferencista: _____ **Personal de Life with Cancer:** _____

Tipo de respondiente	Lugar del tratamiento		Fuente de referencia
<input type="checkbox"/> Actualmente en tratamiento <input type="checkbox"/> Fuera de tratamiento <input type="checkbox"/> Tratamiento adyuvante <input type="checkbox"/> Miembro de familia, Cuidador, Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor del cuidado de la salud <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Inova Alexandria <input type="checkbox"/> Inova Fair Oaks <input type="checkbox"/> Inova Fairfax <input type="checkbox"/> Inova Loudoun <input type="checkbox"/> Inova Mount Vernon <input type="checkbox"/> Kaiser Fair Oaks <input type="checkbox"/> Kaiser Fairfax <input type="checkbox"/> Kaiser Falls Church	<input type="checkbox"/> Kaiser Springfield <input type="checkbox"/> George Washington <input type="checkbox"/> Georgetown <input type="checkbox"/> Reston Hospital <input type="checkbox"/> Virginia Hospital Center <input type="checkbox"/> Washington Hospital Center <input type="checkbox"/> Bethesda Naval/ Walter Reed <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Calendario de LWC por correo <input type="checkbox"/> Calendario de LWC en línea <input type="checkbox"/> Calendario de LWC en el consultorio del médico <input type="checkbox"/> Volante recibido por correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico de LWC <input type="checkbox"/> Sitio Web de LWC <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Visita como enfermo interno <input type="checkbox"/> Proveedor del cuidado de la salud <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo <input type="checkbox"/> Otro

Sírvase MARCAR el número que mejor refleje su posición ante cada declaración

	N/A	Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo
1. El instructor del programa de mantenimiento físico sabía bastante.	0	1	2	3	4	5
2. El instructor del programa de mantenimiento físico presentó claramente la información.	0	1	2	3	4	5
3. El estilo del instructor del programa de mantenimiento físico era el adecuado para esta serie.	0	1	2	3	4	5
4. El programa brindó información útil.	0	1	2	3	4	5
5. Me beneficié de esta serie.	0	1	2	3	4	5
6. Se cumplió el objetivo que tenía en atender a esta serie.	0	1	2	3	4	5
7. Recomendaría esta serie a otras personas.	0	1	2	3	4	5

El objetivo que tenía en atender a esta serie era:

¿Qué fue lo más útil para usted?

¿Qué fue lo menos útil para usted?

¿Qué cambios sugiere?

¿Qué aprendió en este programa que podría usar ahora en relación con su experiencia de cáncer o la experiencia de sus seres queridos?

¿Tiene comentarios adicionales o ideas para futuros programas? Escriba debajo o por detrás.

~Gracias por evaluar esta clase y ayudarnos a mejorar el programa~