**Evaluacion de la Junta**

Nombre (Opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Junta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la Junta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usando un promedio de (1-5), por favor califique su respuesta a las siguientes declaraciones. Su respuesta honesta nos ayudara a asegurar una participación significativa en los miembros asesores del comité. Sienta libertad de ofrecer algún comentario en la parte final de la hoja.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1  Desacuerdo | 2  Algo  Desacuerdo | 3  No Estoy Seguro(a) | 4  Algo de  Acuerdo | 5  De Acuerdo |
| 1. Entendí el propósito de la reunión. |  |  |  |  |  |
| 1. Recibí información suficiente antes de la reunión. |  |  |  |  |  |
| 1. Me sentí adecuadamente preparado para la reunión/actividad. |  |  |  |  |  |
| 1. La agenda estuvo bien organizada. |  |  |  |  |  |
| 1. Me sentí bienvenido(a) e incluido(a) como miembro del grupo. |  |  |  |  |  |
| 1. Mi opinión fue respetada. |  |  |  |  |  |
| 1. Estoy claro en lo que se logró. |  |  |  |  |  |
| 1. Mi participación valió la pena. |  |  |  |  |  |
| 1. Mi participación ha mejorado la experiencia de los pacientes. |  |  |  |  |  |

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_