

Serve the People Community Health Center
Visitas en Grupo

Fecha: _____

1. ¿Recomendarías esta clase a alguien más?

- Si
- No

2. ¿Cuál fue tu parte favorita de la visita en grupo? Puede elegir más que uno

- La meditación
- La actividad
- La discusión
- El experto
- El ejercicio
- La rifa
- Otros: _____

3. ¿Regresarías a la visita en grupo?

- Si
- No

4. ¿Cuál es la preocupación más grande sobre su salud?

5. ¿En qué área necesita ayuda para mejorar su salud?

6. ¿Tiene algún comentario sobre la clase?
