



CONDECORACIÓN
**Miguel
Hidalgo**
2020



GOBIERNO DE
MÉXICO



CÁMARA DE
DIPUTADOS
LEYES LEGISLATURA

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Nombre del hospital o Unidad de atención: _____

Entidad federativa: _____

Nombre de la persona postulada: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Género: _____

Área de adscripción: _____

Puesto de trabajo o Actividad: _____

Pregunta	Calificación				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	5	4	3	2	1
1. ¿Pertenece al equipo COVID?					
2. ¿Participó en las actividades de capacitación en COVID?					
3. ¿Cuenta con notas de mérito?					
4. ¿Ha recibido algún tipo de reconocimiento de parte de pacientes?					
5. ¿Ha recibido algún tipo de reconocimiento por parte de otras personas compañeras de trabajo?					
6. ¿Realizó algún acto excepcional?					

• Para las respuestas "Siempre", "Casi siempre" y "Algunas veces", favor de especificar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Total de puntuación: _____

Nombre de la persona que postula: _____

Firma de la persona que postula: _____



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA
EL BIENESTAR