

# Evaluación del Programa de Recuperación Autoinmune

**Ubicación del Programa:**

**Fecha:**

**Nombre del Facilitador:**

1. ¿El Programa de Recuperación Autoinmune fue una experiencia positiva para usted? Por favor, califique en una escala del 1 al 5, siendo 5 el más positivo.

2. ¿Qué aspectos del programa le llevaron a dar la calificación que obtuviste?

3. ¿Fue difícil entender o seguir el programa? Si es así, ¿por qué?

4. ¿De qué manera podemos mejorar este programa?

5. ¿Recomendarías este programa a otras personas? Por favor, califique en una escala de 1 a 5, 5 siendo muy recomendable y 1 no siendo en absoluto.

6. ¿Estaría interesado más adelante en algún programa de salud?

7. ¿Le interesaría un programa de desintoxicación de 10 días que pueda hacer desde casa?

Comentarios adicionales:

Doy permiso a Med Missionary para usar mis comentarios de esta evaluación para el desarrollo y promoción del programa.

---

Nombre del Participante

---

Fecha