 

CONSEJO MEXICANO DE OFTALMOLOGÍA

**COMISIÓN DE RE-CERTIFICACIÓN**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE CURSOS TIPO AA Y AAA.**

**COLOQUIO DE GLAUCOMA**

 **Fecha: 24 y 25 de abril**

 **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **No. DE SOCIO ANTE EL CONSEJO MEXICANO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **1.- ¿Cómo evalúa la calidad de la presentación de cada ponente?**

1 = Malo 2 = Deficiente 3 = Aceptable 4 = Bueno 5 = Excelente

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ponente: Dr. Francisco Ortega Santana | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dra. Elsy Fabiola Saldaña Lievano | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dr. Gian Franco Díez Cattini | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dr. Enrique Alvarado Mena | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dra. Rosa María Núñez Adame | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dra. Claudia Palacio Pastrana | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dra. Marina Ramírez Alfaro | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dra. Cristina Mendoza Velásquez | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente: Dra. Itza Xóchitl González Vázquez | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente:  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ponente:  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ponente:  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2.- ¿Cómo evalúa el nivel general del contenido temático del curso? (marque solo uno)**

 1 Muy básico 2 Ligeramente básico 3 Adecuado

4 Ligeramente avanzado 5 Muy avanzado

**3.- ¿El contenido del curso cumplió sus expectativas?**

 1 SI 2 NO ¿Por qué?:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.- ¿Considera que se cubrieron los objetivos del curso?**

 1 SI 2 NO ¿Por qué?:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.- ¿La información que obtuve en este curso será de utilidad para su actividad laboral?**

 1 SI 2 NO ¿Por qué?:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.- ¿Qué nivel de formación oftalmológica tiene?**

 1 Residente 2 Oftalmólogo general 3 Sub-especialista

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_