Las siguientes preguntas tienen como finalidad conocer su desempeño, con relación a la actividad de servicio social que realizó.

 **Ciclo:**

**Nombre del Brigadista**

**Datos de la Unidad receptora**

**Nombre**

**Dirección**

**Teléfono** **Correo Electrónico Unidad regional**

**Modalidad de prestación de servicio social:** Unidisciplina ( ) multidisciplina ( )

**Instrucciones:** señale una opción por fila:

1. **Asesoría académica:**

|  |  |
| --- | --- |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| **a)Siempre** | **b)Frecuentemente** | **c)Algunas veces** | **e)Nunca** |
|  | **¿Se le proporciono asesoría?** |  |  |  |  |
|  | **¿Le fue de utilidad la asesoría recibida?** |  |  |  |  |
|  | **¿Solicitó al asesor (a) su opinión sobre lo que ha aprendido?** |  |  |  |  |
|  | **¿Considera que necesitó más asesoría para establecer relaciones entre la teoría (conocimientos adquiridos) y la práctica de Servicio Social?** |  |  |  |  |
|  | **Especifique el número de asesorías que recibió durante la realización del Servicio Social.** |  |  |  |  |

1. **Unidad Receptora:**

|  |  |
| --- | --- |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| **a)Siempre** | **b)Frecuentemente** | **c)Algunas veces** | **e)Nunca** |
|  | **¿Observó irregularidades en la Unidad Receptora que afectaron su Servicio Social?** |  |  |  |  |
|  | **¿Recibió capacitación y actualización por parte de la Unidad Receptora para la elaboración y ejecución del Proyecto?** | Si ( )  | ¿Cuántos? |  No ( ) |

1. **Valores:**

|  |  |
| --- | --- |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| **a)Siempre** | **b)Frecuentemente** | **c)Algunas veces** | **e)Nunca** |
|  | **¿Al Interactuar con su asesor (a) se mantuvo un trato respetuoso?**  |  |  |  |  |
|  | **¿Participo en los eventos complementarios al Proyecto organizados por la Unidad Receptora?** |  |  |  |  |
|  | **¿Fue responsable en el desarrollo de las actividades de su Proyecto?**  |  |  |  |  |
|  | **¿Cuidó el mobiliario y los recursos que se le proporcionaron para realizar su SS?** |  |  |  |  |
|  | **¿Tuvo disponibilidad para las labores de equipo e individuales?** |  |  |  |  |

1. **Apoyos:**

|  |  |
| --- | --- |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| **a)Siempre** | **b)Frecuentemente** | **c)Algunas veces** | **e)Nunca** |
|  | **¿Se le proporcionó recursos materiales (mobiliario, papelería, instrumentos de trabajo, etc.), para la realización de las actividades de Servicio Social?** |  |  |  |  |
|  | **¿Recibió beca para la realización de servicio social?** | Si ( ) | Monto mensual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No ( ) |

1. **Impacto del servicio social en la formación del Brigadista:**

|  |  |
| --- | --- |
| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
| **a)Siempre** | **b)Frecuentemente** | **c)Algunas veces** | **e)Nunca** |
|  | **¿Aplicó los conocimientos aprendidos en situaciones prácticas?** |  |  |  |  |
|  | **Especifique el tipo de conocimientos aplicados en el desarrollo del proyecto donde realizó su SS.** | A).-B).-C).- |
|  | **Especifique el tipo de competencias aplicadas en el desarrollo del proyecto donde realizó su SS.** | A).-B).-C).- |
|  | **¿Considera que el haber interactuado con otras disciplinas, le redituó algún aprendizaje?** | Si ( )  | No ( )  | No tuve ( ) |
|  | **Especifique el tipo de aprendizaje obtenido al interaccionar con otras disciplinas durante el desarrollo del Proyecto.** | A).-B).-C).- |
|  | **Especifique el tipo de aprendizaje obtenido al participar en la solución de la problemática identificada en el Proyecto** | A).-B).-C).- |
|  | **¿Participó en un Proyecto de investigación en la realización del Servicio Social?** | Si ( ) | No ( ) |
|  | **¿Se le reconoció su participación en ese proyecto de investigación?** | Si ( )  | ¿Como? | No ( ) |

|  |
| --- |
| 1. **De los aspectos abordados qué considera que se debe mejorar para la realización del servicio Social**
 |

**SOLO PARA EL AREA DE LA SALUD**

PLAZA TIPO: (A) (B) (C)

Horario de actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Días de descanso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del jefe de la jurisdicción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la jurisdicción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del director del área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De Jurisdicción.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciclo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**f).- Tu lugar de prestación del servicio social cuenta con:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **si** | **no** |  | **Servicio** |
|  | **B** | **R** | **M** |
| **a) Área de espera o recepción** |  |  |  |  |  |  |
| **b) Consultorio** |  |  |  |  |  |  |
| **c) Expulsivo** |  |  |  |  |  |  |
| **d) Cuarto para hospitalización** |  |  |  |  |  |  |
| **e) Cocina** |  |  |  |  |  |  |
| **f) Habitación para pasante** |  |  |  |  |  |  |
| **g) Baño para pacientes** |  |  |  |  |  |  |
| **h) Baño completo para pasante** |  |  |  |  |  |  |
| **i) Agua entubada** |  |  |  |  |  |  |
|  **De pozo** |  |  |  |  |  |  |
|  **Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |
| **j) Electricidad** |  |  |  |  |  |  |
| **k) Drenaje** |  |  |  |  |  |  |
| **l) Teléfono** |  |  |  |  |  |  |
| **m) Radio Comunicación** |  |  |  |  |  |  |
| **n) Computadora** |  |  |  |  |  |  |
| **ñ) Internet** |  |  |  |  |  |  |

**g).- Indique si cuenta y en qué condiciones se encuentran las instalaciones del espacio para prestar el servicio social.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Si** | **No** | **Condiciones** |
| **a) Techo** |  |  |  |
| **b) Paredes** |  |  |  |
| **c) Piso** |  |  |  |
| **d) Puertas y Ventanas** |  |  |  |
| **e) Instalaciones eléctricas** |  |  |  |
| **f) Tubería y Drenaje** |  |  |  |
| **g) Calentador de Agua** |  |  |  |
|  **(referir ubicación)** |  |  |  |
| **h) Lavadero** |  |  |  |
| **i) Chapas** |  |  |  |
| **j) Mosquiteros** |  |  |  |
| **k) Seguridad de área** |  |  |  |
|  **Circundante a tu Centro** |  |  |  |
| **l) Protección en ventanas** |  |  |  |
| **m) Protección en patios** |  |  |  |

**h).- El Centro de Salud se encuentra:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Características** | **Si** | **No** |
| **a) Dentro de la Población** | **( )** | **( )** |
| **b) Fuera de la Población** | **( )** | **( )** |

 Describa la ubicación del Centro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**i)- Indique los recursos con los que cuenta el Centro de Salud y sus condiciones:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Características (I)** | **Si** | **No** | **Cantidad** | **Condiciones** |
| **B** | **R** | **M** |
| **a) Estufa** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **b) Refrigerador** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **c) Licuadora** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **d) Lavadora** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **e) Plancha** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **f) Televisión** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **g) Grabadora** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **h) Ventiladores** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **i) Aire acondicionado** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **j) Cooler** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **k) Calefacción** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **l) Otros, Especifique** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Características (II)** | **Si** | **No** | **Cantidad** | **Condiciones** |
| **B** | **R** | **M** |
| **a) Vajilla** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **b) Cubiertos** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **c) Sartenes** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Características (III)** | **Si** | **No** | **Cantidad** | **Condiciones** |
| **B** | **R** | **M** |
| **a) Cama** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **b) Ropero** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **c) Buró** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **d) Almohada** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **e) Cobija** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **f) Sabanas** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Características (IV)** | **Si** | **No** | **Cantidad** | **Condiciones** |
| **B** | **R** | **M** |
| **a) Sillón dental** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **b) Compresor** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **c) Esterilizador** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **d) Autoclave** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **e) Amalgamador** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **f) Lámpara de resina** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **g) Rayos X** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **h) Cavitron** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **i) Pieza de alta velocidad** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **j) Pieza de baja velocidad** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |

**Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**j)- ¿La comunidad le proporciona alimentación? SI ( ) NO ( )**

**Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**k)- ¿Hay medios de transporte, y cuales son las condiciones de dichos medios?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medio de Trasporte** | **SI** | **NO** |  | **CONDICIONES** |
|  | **B** | **R** | **M** |
| **a) Camión** | **( )** | **( )** |  | **( )** | **( )** | **( )** |
| **b) Particular** | **( )** | **( )** |  | **( )** | **( )** | **( )** |
| **c) Avión** | **( )** | **( )** |  | **( )** | **( )** | **( )** |
| **d) Otros** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**l)- Describa la frecuencia en horarios, disponibilidad, costo:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**.- Tiene acceso a los vehículos del Sector Salud? SI ( ) NO ( ) ¿Por qué?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- La vía de comunicación a su comunidad es de:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **CONDICIONES** |
|  | **SI** | **NO** |  | **B** | **R** | **M** |
| **a) Asfalto**  | **( )** | **( )** |  | **( )** | **( )** | **( )** |
| **b) Empedrado** | **( )** | **( )** |  | **( )** | **( )** | **( )** |
| **c) Terracería** | **( )** | **( )** |  | **( )** | **( )** | **( )** |

**m).- Personal de apoyo con el que cuenta:**

**- ¿Medico? SI ( ) NO ( ) DE BASE ( ) PASANTE ( )**

**7.1.1.- Nombre del medico y horario de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7.1.2.- ¿Enfermera? SI ( ) NO ( ) DE BASE ( ) PASANTE ( )**

**7.1.3.- Nombre de la enfermera y horario de trabajo**

**7.1.4.- ¿Nutriólogo? SI ( ) NO ( ) DE BASE ( ) PASANTE ( )**

**7.1.5.- Nombre del nutriólogo y horario de trabajo**

**7.1.4.- ¿Radiólogo? SI ( ) NO ( ) DE BASE ( ) PASANTE ( )**

**7.1.5.- Nombre del radiólogo y horario de trabajo**

**7.1.6.- ¿Intendencia? SI ( ) NO ( )**

**7.1.7.- ¿Laboratorio? SI ( ) NO ( )**

**7.2.- ¿Cómo es el ambiente en que se desenvuelve y como es el trato del personal de salud?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **CONDICIONES** |
|  |  |  | **E** | **B** | **R** | **M** |
| **a) Comunidad** |  |  | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **b) Enfermería** |  |  | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **c) Medico de Base** |  |  | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **d) Enseñanza** |  |  | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **e) Autoridades locales** |  |  | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **f) Otros Especifica:** |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**8.- ¿Cuenta con instrumental y material adecuado? SI ( ) NO ( )**

**Especifique:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9.- ¿Cuenta con el cuadro base (Medicamentos) en forma adecuada? SI ( ) NO ( )**

**Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9.1.- ¿Cada cuanto le surten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**10.- ¿Cuál es el No. de Habitantes de su Localidad?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**11.- ¿Cuáles son las áreas de Influencia de su unidad receptora?**

**12.- ¿Cree que el lugar donde esta asignado es suficiente para la atención de los habitantes de la localidad y zonas de influencia? SI ( ) NO ( )**

**Especifique:**

**13.- ¿El municipio u otro organismo apoya con recursos para el mantenimiento de la unidad receptora?**

**SI ( ) NO ( )**

**Especifique:**

**14.- ¿Existe un Comité de Salud? SI ( ) NO ( )**

**14.1.- En caso afirmativo, ¿En que forma le apoya en sus necesidades personales y profesionales?**

**14.2.- ¿Cuál es la periodicidad de las Reuniones con su Comité de Salud?**

**Semana ( ) Quincenal ( ) Mensual ( ) Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**15.- ¿Tiene visita de Supervisión a la unidad receptora por la Jurisdicción?**

**SI ( ) NO ( )**

**Periodicidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**16.- ¿Recibe puntualmente el pago de su beca? SI ( ) NO ( )**

**En caso de negativo, ¿Por qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**17.- ¿Tiene reuniones Jurisdiccionales? SI ( ) NO ( )**

**¿Con que frecuencia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**17.1.- ¿Qué temas se tratan en dichas reuniones?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |  |  |  |  |
| **a) Capacidad Profesional** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **b) Capacitación Administrativa** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **c) Otros** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**18.- ¿Tiene reuniones con el Director de Área o Cabecera Municipal?**

**SI ( ) NO ( ) ¿Con que frecuencia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**18.1 ¿Que temas se tratan en dichas reuniones?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |  |  |  |  |
| **a) Capacidad Profesional** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **b) Capacitación Administrativa** | **( )** | **( )** |  |  |  |  |
| **c) Otros** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**19.- ¿Conoce su Periodo Vacacional? SI ( ) NO ( )Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**20.- ¿Conoce sus derechos y obligaciones? SI ( ) NO ( )**

**Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**21.- ¿Consideras que Brigadistas de otras carreras pueden ser de utilidad en la comunidad?**

**SI ( ) NO ( )**

**En caso afirmativo, especificar de que carreras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**22.- Describe por orden de importancia los principales problemas con que se ha confrontado durante su desempeño como Brigadista de Servicio Social.**

**Lugar y Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Brigadista de servicio social**