**GUIA DE VALIDACIÓN DE MATERIAL PARA USO DE DLT**

Su opinión es muy importante para ofrecer materiales informativos adecuados y claros para los pacientes que estarán usando DLT. Utilice la siguiente guía para valorar el contenido de los materiales. Anexo a esta guía se han enviado por correo 4 tipos de materiales: 1)Folleto informativo DLT para pacientes, 2) Carnet para pacientes, 3) Material DLT de bolsillo y 4) Afiche informativo DLT para pacientes.

Dentro de cada material se ha resaltado un número de sección (Por ejemplo #1), para que usted mencione este número en sus comentarios si quiere dar alguna opinión específica. A continuación encontrará las preguntas de validación de cada material.

| **FOLLETO INFORMATIVO DLT PARA PACIENTE** | | |
| --- | --- | --- |
| **MENSAJE** | **SI** | **NO** |
| 1.  ¿Son claros los mensajes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 2.    El material está dirigido a pacientes ¿Es adecuado para esta audiencia? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 3.      ¿Cambiaría algo, agregaría o quitaría algo de los mensajes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 4.      Considera que este material le motiva a seguir las recomendaciones dadas? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **DISEÑO** | **SI** | **NO** |
| 5.      ¿Cambiaría algo en el diseño de este material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 6.      ¿Le gustan los colores del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 7.      ¿El tamaño y letra utilizados en el material son adecuados? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 8.    ¿La cantidad de texto es adecuado para la presentación del material en folleto? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **IMÁGENES** | **SI** | **NO** |
| 9.   ¿Le gustan las imágenes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 10.   ¿Es necesario agregarle, eliminar o modificar alguna imágen? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **PUNTOS DE UBICACIÓN O DISTRIBUCION** | | |
| 11.   ¿En qué lugares considera que se debería colocar o distribuir material? |  | |
| **COMENTARIOS** | | |
| **PUNTAJE** | | |
| 12.   Si tuviera que darle un puntaje de 0 a 10 a este material, ¿Qué puntaje le daría? |  | |
| **COMENTARIOS** | | |

| **CARNET PARA PACIENTE Y MATERIAL DLT DE BOLSILLO (SE ENTREGAN JUNTOS)** | | |
| --- | --- | --- |
| **MENSAJE** | **SI** | **NO** |
| 1.  ¿Son claros los mensajes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 2.    El material está dirigido a pacientes ¿Es adecuado para esta audiencia? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 3.      ¿Cambiaría algo, agregaría o quitaría algo de los mensajes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 4.      Considera que este material le motiva a seguir las recomendaciones dadas? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **DISEÑO** | **SI** | **NO** |
| 5.      ¿Cambiaría algo en el diseño de este material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 6.      ¿Le gustan los colores del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 7.      ¿El tamaño y letra utilizados en el material son adecuados? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 8.    ¿La cantidad de texto es adecuado para la presentación del material en folleto? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **IMÁGENES** | **SI** | **NO** |
| 9.   ¿Le gustan las imágenes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 10.   ¿Es necesario agregarle, eliminar o modificar alguna imágen? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **PUNTOS DE UBICACIÓN O DISTRIBUCION** | | |
| 11.   ¿En qué lugares considera que se debería colocar o distribuir material? |  | |
| **COMENTARIOS** | | |
| **PUNTAJE** | | |
| 12.   Si tuviera que darle un puntaje de 0 a 10 a este material, ¿Qué puntaje le daría? |  | |
| **COMENTARIOS** | | |

| **AFICHE INFORMATIVO DLT PARA PACIENTES** | | |
| --- | --- | --- |
| **MENSAJE** | **SI** | **NO** |
| 1.  ¿Son claros los mensajes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 2.    El material está dirigido a pacientes ¿Es adecuado para esta audiencia? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 3.      ¿Cambiaría algo, agregaría o quitaría algo de los mensajes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 4.      Considera que este material le motiva a seguir las recomendaciones dadas? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **DISEÑO** | **SI** | **NO** |
| 5.      ¿Cambiaría algo en el diseño de este material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 6.      ¿Le gustan los colores del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 7.      ¿El tamaño y letra utilizados en el material son adecuados? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 8.    ¿La cantidad de texto es adecuado para la presentación del material en folleto? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **IMÁGENES** | **SI** | **NO** |
| 9.   ¿Le gustan las imágenes del material? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| 10.   ¿Es necesario agregarle, eliminar o modificar alguna imágen? |  |  |
| **COMENTARIOS** | | |
| **PUNTOS DE UBICACIÓN O DISTRIBUCION** | | |
| 11.   ¿En qué lugares considera que se debería colocar o distribuir material? |  | |
| **COMENTARIOS** | | |
| **PUNTAJE** | | |
| 12.   Si tuviera que darle un puntaje de 0 a 10 a este material, ¿Qué puntaje le daría? |  | |
| **COMENTARIOS** | | |