



ESCUELA DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD QUETZALCÓATL

# REGISTRO DE USO SALA DE ESTUDIO

## ENCUESTA DE CALIDAD

FECHA:

HORA DE INGRESO:

HORA DE SALIDA:

NOMBRE COMPLETO:

GRADO:

GRUPO:

¿CUÁNTO TIEMPO UTILIZAS EL ÁREA DE ESTUDIO?

¿DE QUÉ MANERA ESTUDIAS?

GRUPAL

INDIVIDUAL

TEMAS ESTUDIADOS:

EL ESPACIO SE ENCUENTRA:

LIMPIO  SI  NO

ORDENADO  SI  NO

ILUMINADO  SI  NO

TRANQUILO  SI  NO