



CICLO FORMATIVO: ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

MÓDULO: ATENCIÓN SANITARIA

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI/NIE _____

PLANTILLA DE RESPUESTAS – PRIMERA PARTE

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE INICIAR EL EXAMEN:

Se encuentra usted ante un cuestionario de preguntas en el que cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas (de la **Aa** la **D**) siendo solo una verdadera. Tiene que marcar en la plantilla con una **X** la letra que corresponda a su respuesta. **Cada pregunta contestada correctamente suma 1 punto mientras que las erróneas restan 0,33 puntos. Las cuestiones en blanco no suman ni restan. La puntuación obtenida corresponde al 60% de la calificación.**

Las dos últimas preguntas (21 y 22) son de reserva y deben responderse al igual que las anteriores en esta plantilla. Se valorará la pregunta número 21 si es anulada una de las 20 primeras y se valorarán las preguntas número 21 y 22 si se anulan dos de las 20 primeras.

TABLA DE RESPUESTAS			
1		B	
2	A		
3		B	
4			C
5		B	
6	A		
7			C
8	A		
9		B	
10		B	
11		B	
12		B	
13		B	
14	A		
15		B	
16			C
17		B	
18			C
19		B	
20		B	
RESERVA			
21			D
22		B	

CONTESTADAS	
NO CONTESTADAS	
CORRECTAS	
INCORRECTAS	X 0,33 =
PUNTUACIÓN	
CALIFICACIÓN (sobre 6)	

La respuesta elegida se marcará con una X.

En caso de equivocación se tacha la casilla equivocada y se pone otra X en la que se considera válida. Debe estar clara la opción elegida (una sola respuesta) ya que, en caso de duda, la pregunta se considerará “no contestada”.

Respuesta elegida: A

<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Nueva respuesta elegida: C

<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
--	----------------------------	---------------------------------------	----------------------------

Fecha y firma candidato/a:

Observaciones realizadas por la Comisión de Evaluación (rellenar o indicar N/A):