Tarjeta de Comentarios del Paciente

Nombre del Intérprete: _____ Fecha: _____

Nombre del Vendedor: _____ Clínica: _____

1. ¿Fue fácil de entender el Intérprete?

   Si No

2. ¿Dijo el intérprete todo lo que usted quería decir?

   Si No

3. ¿Qué tan cómodo se sintió usted con el intérprete?

   Muy Cómodo Algo Incómodo Incómodo

Comentarios:

_____

_____

_____

Instructions for DBH Staff: Please fill out the top two rows of information; ask Consumer to complete and return the form to DBH Staff. When completed place the pre-addressed form in interoffice mail.

CUL010_S

Tarjeta de Comentarios del Paciente

Nombre del Intérprete: _____ Fecha: _____

Nombre del Vendedor: _____ Clínica: _____

4. ¿Fue fácil de entender el Intérprete?

   Si No

5. ¿Dijo el intérprete todo lo que usted quería decir?

   Si No

6. ¿Qué tan cómodo se sintió usted con el intérprete?

   Muy Cómodo Algo Incómodo Incómodo

Comentarios:

_____

_____

_____

Instructions for DBH Staff: Please fill out the top two rows of information; ask Consumer to complete and return the form to DBH Staff. When completed place the pre-addressed form in interoffice mail.

CUL010_S

Mail to: Department of Behavioral Health
Office of Cultural Competence &
Ethnic Services
Mail Code: 0019

Mail to: Department of Behavioral Health
Office of Cultural Competence &
Ethnic Services
Mail Code: 0019