Tấm Thẻ Góp Ý Của Bệnh Nhân

Tên Người Thông Dịch: _____ Ngày:_____

Tên Công Ty: _____ Trạm Xá: _____

1. Quí vị có hiểu người thông dịch một cách dễ dàng không?

   Có Không

2. Người Thông Dịch có nói tất cả những gì mà quí vị nói không?

   Có Không

3. Quí vị cảm thấy thoải mái ra sao với Người Thông Dịch Viên?

   Rất Thoải Mái Có Vẻ Thoải Mái Không Thoải Mái

Thêm Ý Kiến:_____

_____

_____

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_V

Tấm Thẻ Góp Ý Của Bệnh Nhân

Tên Người Thông Dịch: _____ Ngày:_____

Tên Công Ty: _____ Trạm Xá: _____

4. Quí vị có hiểu người thông dịch một cách dễ dàng không?

   Có Không

5. Người Thông Dịch có nói tất cả những gì mà quí vị nói không?

   Có Không

6. Quí vị cảm thấy thoải mái ra sao với Người Thông Dịch Viên?

   Rất Thoải Mái Có Vẻ Thoải Mái Không Thoải Mái

Thêm Ý Kiến:_____

_____

_____

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_V

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