



**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental
FORMA PARA FORMULARIOS EN PRUEBA**

Por favor, lea el formulario adjunto y díganos si la forma tiene sentido, respondiendo a una de las siguientes declaraciones.

Yo entiendo el formulario adjunto

No entiendo el formulario adjunto

Comentarios:

Gracias!

Field Testing Form
County of San Bernardino
Department of Behavioral Health

*Clinic Use Only/SOLAMENTE PARA USO
DE LA CLINICA*

Field Testing Date:

Clinic/Program:

Field Tested Document Title: