

**CONDADO DE SAN BERNARDINO  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**Tarjeta de comentario del consumidor**

Nombre del intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del vendedor: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Circule su respuesta por cada pregunta.

1. ¿El intérprete estuvo presente durante todo el servicio?

Si

No

2. ¿El intérprete tradujo todo lo que quería decir?

Si

No

Inseguro

3. ¿Qué fácil era entender el intérprete?

1	2	3	4
Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil

4. ¿Qué tan cómodo estaba con el intérprete?

1	2	3	4
Muy cómodo	Cómodo	Algo cómodo	Nada cómodo

Otros comentarios:

**CONDADO DE SAN BERNARDINO  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

Mail to: Department of Behavioral Health  
Office of Cultural Competence & Ethnic  
Services  
Mail Code: 0026

**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.