

# Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino

## Phiếu Nhận Xét của Khách Hàng

Tên thông dịch viên: \_\_\_\_\_ Ngày tháng: \_\_\_\_\_

Tên công ty: \_\_\_\_\_

Phòng khám: \_\_\_\_\_

Khoanh tròn câu trả lời của quý vị cho mỗi câu hỏi sau:

1. Người thông dịch viên có hiện diện trong suốt quá trình sử dụng dịch vụ không?

Có

Không

2. Người thông dịch viên có dịch tất cả những điều mà quý vị muốn nói không?

Có

Không

Không chắc chắn

3. Người thông dịch viên nói dễ hiểu như thế nào?

1	2	3	4
Rất dễ hiểu	Dễ hiểu	Khó hiểu	Rất khó hiểu

4. Quý vị cảm thấy thoải mái với người thông dịch viên như thế nào?

1	2	3	4
Rất thoải mái	Thoải mái	Cũng có chút thoải mái	Không thoải mái chút nào

Những ý kiến khác:

**Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino**

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

**Instructions for DBH Staff:** Please fill out the top two rows of information (Interpreter Name, Date, Vendor Name, and Clinic). Ask Consumer to complete and return the form to DBH Staff. When completed place the pre-addressed form in interoffice mail.