

Optional Modified Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey – Spanish

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Querido/Querida [SAMPLED PATIENT NAME]:

Nuestros registros indican que usted estuvo hospitalizado en [NAME OF HOSPITAL] y que le dieron de alta el [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Como usted estuvo hospitalizado recientemente, queremos pedir su ayuda.

La encuesta adjunta forma parte de un esfuerzo para entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia de la atención en el hospital. Las preguntas 1 a 29 de la encuesta son patrocinadas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos y deben tomar unos 7 minutos para completar.

Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas. Las calificaciones de los hospitales están disponibles al público en www.medicare.gov/hospitalcompare para ayudar a consumidores a escoger un hospital y ayudar a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepago. [OPTIONAL: El número en la carta de presentación de esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.] Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta adjunta, llame gratis al: 1-800-xxx-xxxx.

Apreciamos mucho su ayuda en mejorar la atención ofrecida por los hospitales.

Atentamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige que una persona responda a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-0981 (Fecha de vencimiento 30 de noviembre de 2021). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 7 minutos para las preguntas 1 a 29 de la encuesta. En este cálculo se incluye el tiempo que la persona tarda en leer las instrucciones, buscar en los recursos existentes de datos, reunir los datos necesarios y llenar y repasar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios relacionados con la exactitud del cálculo de tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.]

Optional Modified Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey – Spanish

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Querido/Querida [SAMPLED PATIENT NAME]:

Nuestros registros indican que usted estuvo hospitalizado en [NAME OF HOSPITAL] y que le dieron de alta el [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Hace aproximadamente tres semanas le enviamos una encuesta sobre su hospitalización. Si ya nos la envió, se lo agradecemos mucho y no tiene que hacer caso de esta carta. Sin embargo, si todavía no ha contestado la encuesta, por favor dedique unos minutos a hacerlo ahora.

La encuesta adjunta forma parte de un esfuerzo para entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia de la atención en el hospital. Las preguntas 1 a 29 de la encuesta son patrocinadas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos y deben tomar unos 7 minutos para completar.

Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas. Las calificaciones de los hospitales están disponibles al público en www.medicare.gov/hospitalcompare para ayudar a consumidores a escoger un hospital y ayudar a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepago. [OPTIONAL: El número en la carta de presentación de esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.] Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta adjunta, llame gratis al: 1-800-xxx-xxxx.

Apreciamos mucho su ayuda en mejorar la atención ofrecida por los hospitales.

Atentamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige que una persona responda a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-0981 (Fecha de vencimiento 30 de noviembre de 2021). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 7 minutos para las preguntas 1 a 29 de la encuesta. En este cálculo se incluye el tiempo que la persona tarda en leer las instrucciones, buscar en los recursos existentes de datos, reunir los datos necesarios y llenar y repasar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios relacionados con la exactitud del cálculo de tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.]