

Estudo HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde)

INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Só deve preencher este estudo se for o paciente, durante a hospitalização, indicado na carta de apresentação. Não preencha este estudo se não for o paciente.
- ◆ Responda a todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir, como por exemplo:

- Sim
 Não → **Se responder Não, vá para a Pergunta 1**

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.

Nota: As perguntas 1 a 25 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

4. Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre
⁹ Nunca pressionei o botão de chamada

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

7. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

AMBIENTE HOSPITALAR

8. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

10. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- ¹ Sim
² Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 12

11. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

12. Durante esta hospitalização, sentiu dores?
- ¹ Sim
- ² Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 15
13. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre
14. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre como seriam tratadas as suas dores?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre
15. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?
- ¹ Sim
- ² Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 18
16. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre

17. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?

- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre

QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL

18. Depois de ter tido alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?

- ¹ Própria casa
- ² Casa de outra pessoa
- ³ Outra instituição de cuidados de saúde → Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 21

19. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?

- ¹ Sim
- ² Não

20. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?

- ¹ Sim
- ² Não

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

21. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

- 0 O pior hospital possível
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 O melhor hospital possível

22. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

- Definitivamente não
 Provavelmente não
 Provavelmente sim
 Definitivamente sim

ENTENDIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL

23. Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), na decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

24. Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Concordo
 Concordo totalmente

25. Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios.

- Discordo totalmente
 Discordo
 Concordo
 Concordo totalmente
 Não me foi dado qualquer remédio, quando tive alta do hospital

A SEU RESPEITO

Faltam apenas algumas perguntas.

26. Durante esta hospitalização, foi admitido neste hospital através da Urgência (Emergência)?

¹ Sim

² Não

27. Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?

¹ Excelente

² Muito boa

³ Boa

⁴ Razoável

⁵ Fraca

28. Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?

¹ Excelente

² Muito boa

³ Boa

⁴ Razoável

⁵ Fraca

29. Qual é o seu nível escolar?

¹ 8 anos de escolaridade ou menos

² Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma

³ Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)

⁴ Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos

⁵ Curso universitário de 4 anos

⁶ Curso universitário com duração superior a 4 anos

30. É de origem ou descendência espanhola, hispânica ou latina?

¹ Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina

² Sim, de origem porto-riquenha

³ Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana

⁴ Sim, de origem cubana

⁵ Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina

31. Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.

¹ Branca

² Negra ou afro-americana

³ Asiática

⁴ Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico

⁵ Índia americana ou nativa do Alasca

32. Qual é a língua mais falada em casa?

¹ Inglês

² Espanhol

³ Chinês

⁴ Russo

⁵ Vietnamita

⁶ Português

⁹ Outra língua (escreva em letra maiúscula): _____

OBRIGADO

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido,
no envelope com porte pré-pago.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING
HOSPITAL]

As perguntas 1 a 22 e 26 a 32 são parte do Estudo sobre HCAHPS e são do governo norte-americano. Estas perguntas de HCAHPS são do domínio público e, por conseguinte, NÃO estão sujeitas às leis de direitos autorais dos EUA. As três perguntas referentes a Care Transitions Measure[®] (Perguntas 23-25) estão abrangidas pelos direitos autorais de Eric A. Coleman, MD, MPH. Todos os direitos reservados.

Estudo HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde)

INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Só deve preencher este estudo se for o paciente, durante a hospitalização, indicado na carta de apresentação. Não preencha este estudo se não for o paciente.
- ◆ Responda a todas as perguntas preenchendo o círculo à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir, como por exemplo:

Sim

Não → *Se responder Não, vá para a Pergunta 1*

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.

Nota: As perguntas 1 a 25 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

4. Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre
⁹0 Nunca pressionei o botão de chamada

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

7. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

AMBIENTE HOSPITALAR

8. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

10. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

¹0 Sim
²0 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 12

11. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

12. Durante esta hospitalização, sentiu dores?
- ¹0 Sim
²0 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 15
13. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre a intensidade das dores que sentia?
- ¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre
14. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital falou consigo sobre como seriam tratadas as suas dores?
- ¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre
15. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?
- ¹0 Sim
²0 Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 18
16. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?
- ¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

17. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?
- ¹0 Nunca
²0 Algumas vezes
³0 Habitualmente
⁴0 Sempre

QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL

18. Depois de ter tido alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?
- ¹0 Própria casa
²0 Casa de outra pessoa
³0 Outra instituição de cuidados de saúde → Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 21
19. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?
- ¹0 Sim
²0 Não
20. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?
- ¹0 Sim
²0 Não

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

21. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

⁰0 0 O pior hospital possível

¹0 1

²0 2

³0 3

⁴0 4

⁵0 5

⁶0 6

⁷0 7

⁸0 8

⁹0 9

¹⁰0 10 O melhor hospital possível

22. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

¹0 Definitivamente não

²0 Provavelmente não

³0 Provavelmente sim

⁴0 Definitivamente sim

ENTENDIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL

23. Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), na decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta.

¹0 Discordo totalmente

²0 Discordo

³0 Concordo

⁴0 Concordo totalmente

24. Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde.

¹0 Discordo totalmente

²0 Discordo

³0 Concordo

⁴0 Concordo totalmente

25. Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios.

¹0 Discordo totalmente

²0 Discordo

³0 Concordo

⁴0 Concordo totalmente

⁵0 Não me foi dado qualquer remédio, quando tive alta do hospital

A SEU RESPEITO

Faltam apenas algumas perguntas.

26. Durante esta hospitalização, foi admitido neste hospital através da Urgência (Emergência)?

¹0 Sim

²0 Não

27. Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?

¹0 Excelente

²0 Muito boa

³0 Boa

⁴0 Razoável

⁵0 Fraca

28. Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?

¹0 Excelente

²0 Muito boa

³0 Boa

⁴0 Razoável

⁵0 Fraca

29. Qual é o seu nível escolar?

¹0 8 anos de escolaridade ou menos

²0 Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma

³0 Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)

⁴0 Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos

⁵0 Curso universitário de 4 anos

⁶0 Curso universitário com duração superior a 4 anos

30. É de origem ou descendência espanhola, hispânica ou latina?

¹0 Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina

²0 Sim, de origem porto-riquenha

³0 Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana

⁴0 Sim, de origem cubana

⁵0 Sim, outra origem espanhola/ hispânica/latina

31. Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.

¹0 Branca

²0 Negra ou afro-americana

³0 Asiática

⁴0 Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico

⁵0 Índia americana ou nativa do Alasca

32. Qual é a língua mais falada em casa?

¹0 Inglês

²0 Espanhol

³0 Chinês

⁴0 Russo

⁵0 Vietnamita

⁶0 Português

⁹0 Outra língua (escreva em letra maiúscula): _____

OBRIGADO

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido,
no envelope com porte pré-pago.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING
HOSPITAL]

As perguntas 1 a 22 e 26 a 32 são parte do Estudo sobre HCAHPS e são do governo norte-americano. Estas perguntas de HCAHPS são do domínio público e, por conseguinte, NÃO estão sujeitas às leis de direitos autorais dos EUA. As três perguntas referentes a Care Transitions Measure[®] (Perguntas 23-25) estão abrangidas pelos direitos autorais de Eric A. Coleman, MD, MPH. Todos os direitos reservados.

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Exmo. Sr./Exma. Sra. [SAMPLED PATIENT NAME]:

Os nossos registos indicam que esteve recentemente hospitalizado no [NAME OF HOSPITAL] tendo tido alta em [DISCHARGE DATE (mm/dd/yyyy)]. Dado que a sua hospitalização teve lugar recentemente, vimos solicitar a sua ajuda. Este estudo faz parte de um esforço nacional contínuo no sentido de conhecermos a opinião dos pacientes relativamente à sua experiência hospitalar. Os resultados do hospital serão anunciados publicamente e disponibilizados através da Internet em www.medicare.gov/hospitalcompare. Estes resultados ajudarão os pacientes a fazer escolhas importantes sobre cuidados hospitalares e ajudarão os hospitais a melhorar a qualidade dos cuidados que prestam.

As perguntas 1 a 25 do estudo em anexo fazem parte de uma iniciativa nacional patrocinada pelo United States Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos) destinada a avaliar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. A participação é voluntária e não afectará os seus benefícios de saúde.

Esperamos que possa disponibilizar alguns minutos a responder a este questionário do estudo. Agradecemos muito a sua participação. Depois de completar o estudo, devolva-o, por favor, no envelope de porte pré-pago. As suas respostas poderão ser partilhadas com o hospital para fins de melhoria da qualidade. [OPTIONAL: Você poderá perceber um número na pesquisa. Este número é usado para deixar-nos saber se você voltou sua pesquisa e nós não teríamos que enviar lembretes.]

Se necessitar de quaisquer esclarecimentos sobre o estudo em anexo, telefone para o número gratuito 1-800-xxx-xxxx. Agradecemos a sua ajuda em prol da melhoria dos cuidados de saúde para todos os pacientes.

Atentamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.

Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Exmo. Sr./Exma. Sra. [SAMPLED PATIENT NAME]:

Os nossos registos indicam que esteve recentemente hospitalizado no [NAME OF HOSPITAL] tendo tido alta em [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Há aproximadamente três semanas enviamos-lhe um estudo referente à sua hospitalização. Se já nos devolveu o estudo, muito agradecemos, e solicitamos que ignore esta carta. Porém, se ainda não respondeu ao estudo, agradecemos que disponibilize agora alguns minutos para o seu preenchimento.

Dado que a sua hospitalização teve lugar recentemente, vimos solicitar a sua ajuda. Este estudo faz parte de um esforço nacional contínuo no sentido de conhecermos a opinião dos doentes relativamente à sua experiência hospitalar. Os resultados do hospital serão anunciados publicamente e disponibilizados através da Internet em www.medicare.gov/hospitalcompare. Estes resultados ajudarão os pacientes a fazer escolhas importantes sobre cuidados hospitalares e ajudarão os hospitais a melhorar a qualidade dos cuidados que prestam.

As perguntas 1 a 25 do estudo em anexo fazem parte de uma iniciativa nacional patrocinada pelo United States Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos) destinada a avaliar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. A participação é voluntária e não afectará os seus benefícios de saúde. Disponibilize, por favor, alguns minutos a preencher o estudo. Depois de completar o estudo, devolva-o, por favor, no envelope de porte pré-pago. As suas respostas poderão ser partilhadas com o hospital para fins de melhoria da qualidade. [OPTIONAL: Você poderá perceber um número na pesquisa. Este número é usado para deixar-nos saber se você voltou sua pesquisa e nós não teríamos que enviar lembretes.]

Se necessitar de quaisquer esclarecimentos sobre o estudo em anexo, telefone para o número gratuito 1-800-xxx-xxxx. Agradecemos, uma vez mais, a sua ajuda em prol da melhoria de cuidados de saúde para todos os pacientes.

Atentamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the survey mailing. This language can be either in the cover letter or on the front or back of the questionnaire. The following is the language that must be used:

Portuguese Version

"De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a perguntas para a coleta de informações, a não ser que seja apresentado um número de controle válido da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). O número de controle válido para esta coleta de informações é 0938-0981. Estimamos que o tempo necessário para preencher esta coleta de informações seja, em média, 8 minutos para as pergunta 1-25 da pesquisa, incluindo o tempo necessário para ler as instruções, pesquisar recursos de dados já existentes, coletar os dados necessários, e preencher e revisar a coleta de informações. Se tiver qualquer comentário com relação à precisão de nossas estimativas de tempo, ou tiver sugestões para ajudar a melhorar este formulário, por favor, escreva para: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850."

