

Encuesta sobre Atención Hospitalaria

INSTRUCCIONES

- ◆ Esta encuesta se refiere a usted y la atención que recibió durante la vez que estuvo en el hospital que aparece en la carta de presentación.
- ◆ Conteste todas las preguntas marcando el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.
- ◆ A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:
 - Sí
 - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 1

El número en esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios. Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-32 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981 (Fecha de vencimiento TBD)

Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LAS ENFERMERAS

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le trataban con cortesía y respeto?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre

2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le escuchaban con atención?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le explicaban las cosas de una manera que usted pudiera entender?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LOS DOCTORES

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le trataban con cortesía y respeto?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le escuchaban con atención?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le explicaban las cosas de una manera que usted pudiera entender?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre

EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia pudo descansar lo necesario?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores, las enfermeras y otro personal del hospital estaban informados y actualizados sobre su atención?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
11. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores, las enfermeras y otro personal del hospital trabajaron bien juntos para darle atención?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?
- Sí
 - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 14
13. ¿Con qué frecuencia le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, cuando solicitó ayuda inmediata, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda inmediata que necesitaba?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
 - Nunca solicité ayuda inmediata
15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron alguna medicina que no hubiera tomado antes?
- Sí
 - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 18
16. Antes de darle alguna medicina nueva, ¿con qué frecuencia el personal del hospital le dijo a usted para qué era la medicina?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
17. Antes de darle alguna medicina nueva, ¿con qué frecuencia el personal del hospital le describió a usted los efectos secundarios posibles de una manera que pudiera entender?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre

18. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿los doctores, las enfermeras y otro personal del hospital le ayudaron a descansar y recuperarse?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

SALIDA DEL HOSPITAL

19. ¿Los doctores, enfermeras u otro personal del hospital trabajaron con usted y su familia o la persona encargada de sus cuidados en la planificación de su atención después de haber salido del hospital?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

20. ¿Los doctores, enfermeras u otro personal del hospital le dieron a su familia o la persona encargada de sus cuidados suficiente información acerca de los síntomas o problemas de salud a los que deberían estar atentos después de su salida del hospital?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tenía familiares o un cuidador pendiente de mis síntomas o problemas de salud

21. Cuando salió del hospital, ¿fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona o a otra institución de salud?

- A mi casa
- A la casa de otra persona
- A otra institución de salud → Si contestó "Otra", pase a la pregunta 24

22. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿los doctores, enfermeras u otro personal del hospital hablaron con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaría después de salir del hospital?

- Sí
- No

23. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando saliera del hospital?

- Sí
- No

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

24. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

- 0 El peor hospital posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor hospital posible

25. ¿Les recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

- Definitivamente no
- Hasta cierto punto no
- Hasta cierto punto sí
- Definitivamente sí

ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

26. ¿Se planificó por adelantado esta vez que estuvo en el hospital?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

27. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

28. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

29. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Algún otro idioma

30. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- 8 años de escuela o menos
- 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- Graduado de la escuela secundaria, Diploma de escuela secundaria (*high school*), preparatoria, o su equivalente (o GED)
- Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años

31. ¿Es usted de origen español, hispano o latino?

- No, ni español/hispano/latino
- Sí, cubano
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, otro español/hispano/latino

32. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- Indígena americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).

¡GRACIAS!

Por favor cuando haya completado el cuestionario, devuélvalo en el sobre con porte o franqueo pagado.

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

Las preguntas 1-32 de esta encuesta son obra del Gobierno de los Estados Unidos y son de dominio público y, por lo tanto, NO están sujetas a las leyes de derechos de autor de los Estados Unidos.

Encuesta sobre Atención Hospitalaria

INSTRUCCIONES

- ◆ Esta encuesta se refiere a usted y la atención que recibió durante la vez que estuvo en el hospital que aparece en la carta de presentación.
- ◆ Conteste todas las preguntas llenando completamente el círculo que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.
- ◆ A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

- Sí
 No → Si contestó "No", pase a la pregunta 1

El número en esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios. Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-32 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981 (Fecha de vencimiento TBD)

Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LAS ENFERMERAS

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le trataban con cortesía y respeto?
- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le escuchaban con atención?

- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le explicaban las cosas de una manera que usted pudiera entender?

- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LOS DOCTORES

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le trataban con cortesía y respeto?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le escuchaban con atención?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le explicaban las cosas de una manera que usted pudiera entender?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia pudo descansar lo necesario?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores, las enfermeras y otro personal del hospital estaban informados y actualizados sobre su atención?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
11. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores, las enfermeras y otro personal del hospital trabajaron bien juntos para darle atención?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?
- Sí
 - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 14
13. ¿Con qué frecuencia le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, cuando solicitó ayuda inmediata, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda inmediata que necesitaba?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
 - Nunca solicité ayuda inmediata
15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron alguna medicina que no hubiera tomado antes?
- Sí
 - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 18
16. Antes de darle alguna medicina nueva, ¿con qué frecuencia el personal del hospital le dijo a usted para qué era la medicina?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
17. Antes de darle alguna medicina nueva, ¿con qué frecuencia el personal del hospital le describió a usted los efectos secundarios posibles de una manera que pudiera entender?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre

18. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿los doctores, las enfermeras y otro personal del hospital le ayudaron a descansar y recuperarse?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

SALIDA DEL HOSPITAL

19. ¿Los doctores, enfermeras u otro personal del hospital trabajaron con usted y su familia o la persona encargada de sus cuidados en la planificación de su atención después de haber salido del hospital?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

20. ¿Los doctores, enfermeras u otro personal del hospital le dieron a su familia o la persona encargada de sus cuidados suficiente información acerca de los síntomas o problemas de salud a los que deberían estar atentos después de su salida del hospital?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tenía familiares o un cuidador pendiente de mis síntomas o problemas de salud

21. Cuando salió del hospital, ¿fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona o a otra institución de salud?

- A mi casa
- A la casa de otra persona
- A otra institución de salud → Si contestó "Otra", pase a la pregunta 24

22. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿los doctores, enfermeras u otro personal del hospital hablaron con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaría después de salir del hospital?

- Sí
- No

23. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando saliera del hospital?

- Sí
- No

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

24. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

- 0 El peor hospital posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor hospital posible

25. ¿Les recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

- Definitivamente no
- Hasta cierto punto no
- Hasta cierto punto sí
- Definitivamente sí

ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

26. ¿Se planificó por adelantado esta vez que estuvo en el hospital?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

27. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

28. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

29. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Algún otro idioma

30. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- 8 años de escuela o menos
- 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- Graduado de la escuela secundaria, Diploma de escuela secundaria (*high school*), preparatoria, o su equivalente (o GED)
- Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años

31. ¿Es usted de origen español, hispano o latino?

- No, ni español/hispano/latino
- Sí, cubano
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, otro español/hispano/latino

32. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- Indígena americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca

NOTE: IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED, LIMIT OF 12, THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT MUST BE PLACED IMMEDIATELY BEFORE THE SUPPLEMENTAL QUESTION(S).

¡GRACIAS!

Por favor cuando haya completado el cuestionario, devuélvalo en el sobre con porte o franqueo pagado.

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

Las preguntas 1-32 de esta encuesta son obra del Gobierno de los Estados Unidos y son de dominio público y, por lo tanto, NO están sujetas a las leyes de derechos de autor de los Estados Unidos.

Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (first survey mailing for all sampled patients)
- **Mail-Phone** (first and only survey mailing for all sampled patients)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with no email address)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with no email address)

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]
[ADDRESS]
[CITY, STATE ZIP]

Querido/Querida [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Nuestros registros indican que usted estuvo hospitalizado en [HOSPITAL NAME] y que le dieron de alta el [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 sobre la atención recibida en el hospital. La encuesta es patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y completarla debería tomar alrededor de [NUMBER] minutos.

Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas. Su información ayudará a mejorar la calidad de atención que ofrecen los hospitales y ayudará a otras personas a tomar decisiones más informadas sobre su atención médica. Puede ver los resultados actuales de la encuesta y las calificaciones de los hospitales que están disponibles en Care Compare en [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) (www.medicare.gov/care-compare).

Después de que haya completado la encuesta, devuélvala en el sobre con porte prepago. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta adjunta, llame (OPTIONAL TO STATE gratis) al: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE o envíe un correo electrónico a [EMAIL ADDRESS]).

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

Atentamente,

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

Use this letter for the following modes:

- **Mail Only** (second survey mailing for sampled patients who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail** (first survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey; second survey mailing for sampled patients with or without an email address who did not complete the first mail wave survey)
- **Web-Mail-Phone** (first and only survey mailing for sampled patients with email address who did not previously complete the web survey)

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Querido/Querida [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Anteriormente, le pedimos su opinión sobre su reciente experiencia en [HOSPITAL NAME] dado de alta el [MM/DD/YYYY]. Si ya envió la encuesta, 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 sobre la atención recibida en el hospital. La encuesta es patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y completarla debería tomar alrededor de [NUMBER] minutos.

Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas. Su información ayudará a mejorar la calidad de atención que ofrecen los hospitales y ayudará a otras personas a tomar decisiones más informadas sobre su atención médica. Puede ver los resultados actuales de la encuesta y las calificaciones de los hospitales que están disponibles en Care Compare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/care-compare) (www.medicare.gov/care-compare).

Después de que haya completado la encuesta, devuélvala en el sobre con porte prepagado. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta adjunta, llame (OPTIONAL TO STATE gratis) al: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE o envíe un correo electrónico a [EMAIL ADDRESS]).

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

Atentamente,

[PLACE SIGNATURE HERE]

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

Survey and Cover Letter Required Language

For the full set of requirements for the HCAHPS Survey questionnaire and cover letters, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Mail Only, Mail-Phone, Web-Mail and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.

Verbatim Language on the Cover Letters

The following sentences must appear verbatim on each cover letter:

1. La encuesta es patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y completarla debería tomar alrededor de [NUMBER] minutos.
2. Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas.
3. Su información ayudará a mejorar la calidad de atención que ofrecen los hospitales y ayudará a otras personas a tomar decisiones más informadas sobre su atención médica. Puede ver los resultados actuales de la encuesta y las calificaciones de los hospitales que están disponibles en Care Compare en [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).
4. Apreciamos mucho su ayuda en mejorar la atención ofrecida por los hospitales.

Note: The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS Survey questions 1-32 should equal “8.” If hospital-specific supplemental items (limit of 12) are added, the [NUMBER] of minutes should be populated as follows:

- *If 1 to 5 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “9”*
- *If 6 to 9 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “10”*
- *If 10 to 12 supplemental items are added, “[NUMBER]” should equal “11”*

OMB Paperwork Reduction Act Language

The OMB Paperwork Reduction Act language must appear verbatim either on the front or back of the questionnaire (preferred) or cover letter, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:

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 TBD). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 8 minutos para las preguntas 1 a 32 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.

Mandatory Transition Statement if Supplemental Items Are Added

The mandatory transition statement must be placed in the questionnaire immediately before the supplemental question(s), limit of 12, to indicate a transition from the HCAHPS questions (Questions 1-32) to the hospital-specific supplemental question(s).

Las preguntas 1-32 de esta encuesta son del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y se usan para medir la calidad. Cualquier pregunta adicional es de [NAME OF HOSPITAL] para recopilar más comentarios sobre la vez que estuvo en el hospital y no se compartirá con el HHS.

Unique Identifier Language

The following language indicates the purpose of the unique identifier. This language must be printed either immediately after the survey instructions on the questionnaire (preferred) or on the cover letter, and may appear on both:

El número en esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.

Copyright Statement

The following copyright statement must be included on the last page of the questionnaire:

Las preguntas 1-32 de esta encuesta son obra del Gobierno de los Estados Unidos y son de dominio público y, por lo tanto, NO están sujetas a las leyes de derechos de autor de los Estados Unidos.