

Optional Modified Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey – Portuguese

[HOSPITAL LETTERHEAD]

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

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

Os nossos registros indicam que esteve recentemente hospitalizado no [NAME OF HOSPITAL] tendo tido alta em [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Dado que a sua hospitalização teve lugar recentemente, vimos solicitar a sua ajuda.

A pesquisa anexa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. As perguntas 1 a 29 da pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e devem levar aproximadamente 7 minutos para serem respondidas.

A sua participação é voluntária e suas respostas serão mantidas confidenciais. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na internet em www.medicare.gov/hospitalcompare para ajudar os consumidores a escolher um hospital e para ajudar os hospitais a melhorar a qualidade do atendimento que oferecem.

Depois de completar o estudo, devolva-o, por favor, no envelope de porte pré-pago. [OPTIONAL: Você poderá perceber um número na pesquisa. Este número é usado para deixar-nos saber se você devolveu a 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 muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]
[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: 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 (Vence 30 de novembro de 2021). Estimamos que o tempo necessário para preencher esta coleta de informações seja, em média, 7 minutos para as pergunta 1-29 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.]

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

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

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

Os nossos registros 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.

A pesquisa anexa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. As perguntas 1 a 29 da pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e devem levar aproximadamente 7 minutos para serem respondidas.

A sua participação é voluntária e suas respostas serão mantidas confidenciais. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na internet em www.medicare.gov/hospitalcompare para ajudar os consumidores a escolher um hospital e para ajudar os hospitais a melhorar a qualidade do atendimento que oferecem.

Depois de completar o estudo, devolva-o, por favor, no envelope de porte pré-pago. [OPTIONAL: Você poderá perceber um número na pesquisa. Este número é usado para deixar-nos saber se você devolveu a 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 muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

[OPTIONAL: 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 (Vence 30 de novembro de 2021). Estimamos que o tempo necessário para preencher esta coleta de informações seja, em média, 7 minutos para as perguntas 1-29 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.]