

# Encuesta CAHPS® sobre Atención Hospitalaria

## INSTRUCCIONES

- ◆ Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo en el hospital durante esta vez que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- ◆ 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 la carta de presentación de 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 1-25 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981***

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?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  A veces

<sup>3</sup>  La mayoría de las veces

<sup>4</sup>  Siempre

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

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  A veces

<sup>3</sup>  La mayoría de las veces

<sup>4</sup>  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?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  A veces

<sup>3</sup>  La mayoría de las veces

<sup>4</sup>  Siempre

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre  
<sup>9</sup>  Nunca usé el botón

### LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LOS DOCTORES

---

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le trataban con cortesía y respeto?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le escuchaban con atención?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

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

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

### EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

---

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

### SUS EXPERIENCIAS EN ESTE HOSPITAL

---

10. 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*)?

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No → Si contestó "No", pase a la pregunta 12

11. ¿Con qué frecuencia le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿tuvo algún dolor?

- Sí  
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15

13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia el personal del hospital le preguntó qué tan fuerte era el dolor que tenía?

- Nunca  
 A veces  
 La mayoría de las veces  
 Siempre

14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia el personal del hospital habló con usted sobre cómo tratar el dolor?

- Nunca  
 A veces  
 La mayoría de las veces  
 Siempre

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

### CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL

18. Después de salir del hospital, ¿se 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 21

19. 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 cuando saliera del hospital?

- Sí  
 No

20. 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.

21. 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

22. ¿Le recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

Definitivamente no

Hasta cierto punto no

Hasta cierto punto sí

Definitivamente sí

## ENTENDER LA ATENCIÓN QUE NECESITARÍA CUANDO SALIERA DEL HOSPITAL

---

23. Durante esta vez que estuvo en el hospital, el personal tuvo en cuenta mis preferencias y las de mi familia o las de mi cuidador al decidir qué atención médica necesitaría cuando saliera del hospital.

1 Muy en desacuerdo

2 En desacuerdo

3 De acuerdo

4 Muy de acuerdo

24. Cuando salí del hospital, entendía bien qué cosas del control de mi salud eran responsabilidad mía.

1 Muy en desacuerdo

2 En desacuerdo

3 De acuerdo

4 Muy de acuerdo

25. Cuando salí del hospital, entendía claramente la razón por la que tomaba cada una de mis medicinas.

1 Muy en desacuerdo

2 En desacuerdo

3 De acuerdo

4 Muy de acuerdo

5 No me dieron ninguna medicina cuando salí del hospital

## ACERCA DE USTED

---

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

26. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿lo admitieron al hospital a través de la sala de emergencias?

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

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

- <sup>1</sup>  Excelente  
<sup>2</sup>  Muy buena  
<sup>3</sup>  Buena  
<sup>4</sup>  Regular  
<sup>5</sup>  Mala

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

- <sup>1</sup>  Excelente  
<sup>2</sup>  Muy buena  
<sup>3</sup>  Buena  
<sup>4</sup>  Regular  
<sup>5</sup>  Mala

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

- <sup>1</sup>  8 años de escuela o menos  
<sup>2</sup>  9-12 años de escuela, pero sin graduarse  
<sup>3</sup>  Graduado de la escuela secundaria, Diploma de escuela secundaria (*high school*), preparatoria, o su equivalente (o GED)  
<sup>4</sup>  Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años  
<sup>5</sup>  Título universitario de 4 años  
<sup>6</sup>  Título universitario de más de 4 años

30. ¿Es usted de ascendencia u origen español, hispano o latino?

- <sup>1</sup>  No, ni español/hispano/latino  
<sup>2</sup>  Sí, puertorriqueño  
<sup>3</sup>  Sí, mexicano, mexicano americano, chicano  
<sup>4</sup>  Sí, cubano  
<sup>5</sup>  Sí, otro español/hispano/latino

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

- <sup>1</sup>  Blanca  
<sup>2</sup>  Negra o afro americana  
<sup>3</sup>  Asiática  
<sup>4</sup>  Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico  
<sup>5</sup>  Indígena americana o nativa de Alaska

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- <sup>1</sup>  Inglés  
<sup>2</sup>  Español  
<sup>3</sup>  Chino  
<sup>4</sup>  Ruso  
<sup>5</sup>  Vietnamita  
<sup>6</sup>  Portugués  
<sup>9</sup>  Algún otro idioma (Por favor escriba en letra de molde):  
\_\_\_\_\_

## **¡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 1-22 y 26-32 forman parte de la Encuesta HCAHPS y son obra del Gobierno de los EE.UU. Estas preguntas HCAHPS son de dominio público y por lo tanto NO están sujetas a las leyes de derechos de autor de los EE.UU. Eric A. Coleman, MD, MPH, tiene los derechos de autor de las tres preguntas de Care Transitions Measure® (Preguntas 23-25). Todos los derechos reservados.*

# Encuesta CAHPS<sup>®</sup> sobre Atención Hospitalaria

## INSTRUCCIONES

- ◆ Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo en el hospital durante esta vez que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- ◆ 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 la carta de presentación de 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 1-25 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981**

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

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre  
<sup>9</sup>0 Nunca usé el botón

### **LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LOS DOCTORES**

---

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le trataban con cortesía y respeto?

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre

6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los doctores le escuchaban con atención?

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre

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

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre

### **EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL**

---

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre

### **SUS EXPERIENCIAS EN ESTE HOSPITAL**

---

10. 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*)?

<sup>1</sup>0 Sí  
<sup>2</sup>0 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 12

11. ¿Con qué frecuencia le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?

<sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre



12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿tuvo algún dolor?

- 1 Sí
- 2 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15

13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia el personal del hospital le preguntó qué tan fuerte era el dolor que tenía?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre

14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia el personal del hospital habló con usted sobre cómo tratar el dolor?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre

15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron alguna medicina que no hubiera tomado antes?

- 1 Sí
- 2 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?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 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?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre

---

### CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL

---

18. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?

- 1 A mi casa
- 2 A la casa de otra persona
- 3 A otra institución de salud → Si contestó “Otra”, pase a la pregunta 21

19. 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 cuando saliera del hospital?

- 1 Sí
- 2 No

20. 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?

- 1 Sí
- 2 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.

21. 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 0 El peor hospital posible
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 El mejor hospital posible

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

- 1 Definitivamente no
- 2 Hasta cierto punto no
- 3 Hasta cierto punto sí
- 4 Definitivamente sí

## ENTENDER LA ATENCIÓN QUE NECESITARÍA CUANDO SALIERA DEL HOSPITAL

---

23. Durante esta vez que estuve en el hospital, el personal tuvo en cuenta mis preferencias y las de mi familia o las de mi cuidador al decidir qué atención médica necesitaría cuando saliera del hospital.

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

24. Cuando salí del hospital, entendía bien qué cosas del control de mi salud eran responsabilidad mía.

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

25. Cuando salí del hospital, entendía claramente la razón por la que tomaba cada una de mis medicinas.

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo
- 5 No me dieron ninguna medicina cuando salí del hospital

## ACERCA DE USTED

---

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

26. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿lo admitieron al hospital a través de la sala de emergencias?

- Sí
- 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. ¿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

30. ¿Es usted de ascendencia u origen español, hispano o latino?

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

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

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

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
  - Español
  - Chino
  - Ruso
  - Vietnamita
  - Portugués
  - Algún otro idioma (Por favor escriba en letra de molde):
-

**¡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 1-22 y 26-32 forman parte de la Encuesta HCAHPS y son obra del Gobierno de los EE.UU. Estas preguntas HCAHPS son de dominio público y por lo tanto NO están sujetas a las leyes de derechos de autor de los EE.UU. Eric A. Coleman, MD, MPH, tiene los derechos de autor de las tres preguntas de Care Transitions Measure® (Preguntas 23-25). Todos los derechos reservados.*

## Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[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 forma parte de un esfuerzo nacional continuo por entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia en el hospital. Los resultados se harán públicos y estarán disponibles por Internet, en [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare). Estos resultados les servirán a los consumidores para tomar decisiones importantes sobre el cuidado que reciben en un hospital y les ayudarán a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Las preguntas 1 a 25 de la encuesta adjunta forman parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos con el fin de medir la calidad de la atención que se presta en hospitales. Su participación es voluntaria y no afectará sus beneficios de salud.

Esperamos que dedique tiempo a contestar la encuesta. Le agradecemos mucho su participación. Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepagado. Es posible que sus respuestas se envíen al hospital a fin de que éste emprenda tareas de mejoramiento de la calidad. [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. Le agradecemos por contribuir a mejorar la atención médica de todos los consumidores.

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]

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.

Como usted estuvo hospitalizado recientemente, le estamos pidiendo su ayuda. La encuesta forma parte de un esfuerzo nacional continuo por entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia en el hospital. Los resultados se harán públicos y estarán disponibles por Internet, en [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare). Estos resultados les servirán a los consumidores para tomar decisiones importantes sobre el cuidado que reciben en un hospital y les ayudarán a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Las preguntas 1 a 25 de la encuesta adjunta forman parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos con el fin de medir la calidad de la atención que se presta en hospitales. Su participación es voluntaria y no afectará sus prestaciones de salud. Por favor dedique unos minutos a contestar la encuesta adjunta. Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepago. Es posible que sus respuestas se envíen al hospital a fin de que éste emprenda tareas de mejoramiento de la calidad. [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 preguntas sobre la encuesta adjunta, llame gratis al 1-800-xxx-xxxx. Le agradecemos nuevamente por contribuir a mejorar la atención médica de todos los consumidores.

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 on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:*

### **Spanish Version**

“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. 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 25 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.”

