

# HCAHPS

## Web Survey (Portuguese)

### PROGRAMMING SPECIFICATIONS

#### HCAHPS Survey Questions:

- *Display only one survey item per web screen*
- *When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen*
- *When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen*
- *No changes are permitted to the wording or order of the HCAHPS questions (Questions 1-32) or the response categories*
- *All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Question 32*

#### Formatting:

- *Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)*
- *[Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens*
- *Every web screen has a shaded header*
- *Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)*
- *Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey*
- *No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens*
- *Wording that is underlined must be emphasized in the same manner*
- *Only one language (i.e., English, Spanish, etc.) may appear on each web screen throughout the survey*

#### Welcome Web Screen:

- *Hospital logos may be included on the Welcome web screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted*
- *The [NUMBER] of minutes to answer the HCAHPS 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”*
- *Display customer support phone number (optional to provide customer support email address)*

### **OMB Paperwork Reduction Act Language and Copyright Statement:**

- *The OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome web screen below the survey “START” button*
  - *The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*
- *The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen below the survey “SUBMIT” button*
  - *The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum*

### **Supplemental Items:**

- *A limit of 12 supplemental items may be added to the survey in accordance with the following:*
  - *A mandatory transition statement and header must follow the last HCAHPS question (Question 32)*
  - *Only one supplemental item may be displayed per web screen*
  - *Each supplemental item must display a header. It is optional to repeat the header used for the transition statement as the supplemental item header or use text that aligns with the subject of the item(s). Supplemental item headers must **not** repeat the HCAHPS question headers.*
  - *Each supplemental item must display a “BACK” button in the lower left of each web screen*
  - *Each supplemental item must display a “NEXT” button in the lower right of each web screen*
- *See the Welcome Web Screen instructions above to determine the [NUMBER] of minutes based on the count of supplemental items added*

## BEM-VINDO À PESQUISA SOBRE A EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL

Fale-nos da sua recente hospitalização no **[NAME OF HOSPITAL]** que terminou a **[DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)]**.

- Precisar de aproximadamente **[NUMBER]** minutos para responder às perguntas da pesquisa [SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME WEB SCREEN]
- A participação na pesquisa é voluntária
- Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas
- Pode ignorar alguma(s) pergunta(s) a que não queira responder
- Pode sair da pesquisa em qualquer altura
- As suas respostas serão mantidas confidenciais

Se tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, contacte-nos através do (OPTIONAL TO STATE número gratuito) **[PHONE NUMBER]** (OPTIONAL TO STATE) ou envie-nos um e-mail para **[EMAIL ADDRESS]**). Obrigado.

Clique em INICIAR para começar a pesquisa.

**INICIAR**

De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a perguntas para a recolha de informações, a não ser que seja apresentado um número de controlo válido da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). O número de controlo válido para esta recolha de informações é 0938-0981 (Expira 30 de novembro de 2027). Estimamos que o tempo necessário para preencher esta recolha de informações seja, em média, 8 minutos para as perguntas 1 a 32 da pesquisa, incluindo o tempo necessário para ler as instruções, pesquisar recursos de dados já existentes, reunir os dados necessários, e preencher e rever a recolha de informações. Se tiver qualquer comentário relacionado com a precisão das nossas estimativas de tempo, ou se tiver sugestões para ajudar a melhorar este formulário, escreva para: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

## 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

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?
- Nunca
  - Algumas vezes
  - Habitualmente
  - Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

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

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

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

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

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

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

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

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

AMBIENTE HOSPITALAR

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

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

AMBIENTE HOSPITALAR

8. Durante esta hospitalização, com que frequência conseguiu descansar o que precisava?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

AMBIENTE HOSPITALAR

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

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

10. Durante esta hospitalização, com que frequência é que os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital foram informados e atualizados sobre os seus cuidados?
- Nunca
  - Algumas vezes
  - Habitualmente
  - Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

11. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital trabalharam juntos, de forma bem-sucedida, para cuidar de si?
- Nunca
  - Algumas vezes
  - Habitualmente
  - Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

12. 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)?
- Sim
  - Não

ANTERIOR

SEGUINTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q12 IS "NO"*

- SKIP TO Q14*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q13]*

### OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

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

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

### OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

14. Durante esta hospitalização, quando pediu ajuda imediata, com que frequência a obteve assim que necessária?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre
- Nunca pedi ajuda imediata

ANTERIOR

SEGUINTE

### OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

15. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?

- Sim
- Não

ANTERIOR

SEGUINTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE AT Q15 IS "NO"*

*- SKIP TO Q18*

*- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q16 AND Q17]*



## OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

16. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

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?

- Nunca
- Algumas vezes
- Habitualmente
- Sempre

ANTERIOR

SEGUINTE

## OS SEUS CUIDADOS NESTE HOSPITAL

18. Durante esta hospitalização, os médicos, enfermeiros e outro pessoal do hospital ajudaram-no(a) a descansar e recuperar?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não

ANTERIOR

SEGUINTE

## RECEBER ALTA DO HOSPITAL

19. Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal do hospital colaboraram consigo e com a sua família ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) na elaboração de planos para os seus cuidados após receber alta?
- Sim, sem dúvida
  - Sim, de certo modo
  - Não

ANTERIOR

SEGUINTE

## RECEBER ALTA DO HOSPITAL

20. Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal do hospital disponibilizaram aos seus familiares ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) informações suficientes sobre sintomas ou problemas de saúde a que deve estar atento(a) após receber alta?
- Sim, sem dúvida
  - Sim, de certo modo
  - Não
  - Não tinha familiares ou assistente de cuidados domiciliários (cuidador) para vigiar sintomas ou problemas de saúde

ANTERIOR

SEGUINTE

## RECEBER ALTA DO HOSPITAL

21. Quando teve alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?
- Própria casa
  - Casa de outra pessoa
  - Outra instituição de cuidados de saúde

ANTERIOR

SEGUINTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: IF RESPONSE TO Q21 IS "ANOTHER HEALTH FACILITY"*

- SKIP TO Q24*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q22 AND Q23]*

## RECEBER ALTA DO HOSPITAL

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

- Sim
- Não

ANTERIOR

SEGUINTE

## RECEBER ALTA DO HOSPITAL

23. 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?

- Sim
- Não

ANTERIOR

SEGUINTE

## CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização no **[HOSPITAL NAME]** que terminou a **[DISCHARGE MM/DD/YYYY]**. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

24. 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

ANTERIOR

SEGUINTE

## CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

25. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

- Definitivamente não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Definitivamente sim

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

26. Esta hospitalização foi planeada com antecedência?

- Sim, sem dúvida
- Sim, de certo modo
- Não

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

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

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

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

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

29. Qual é a língua mais falada em casa?

- Inglês
- Espanhol
- Chinês
- Outra língua

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

30. Qual é o seu nível escolar?

- 8 anos de escolaridade ou menos
- Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED)
- Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- Curso universitário de 4 anos
- Curso universitário com duração superior a 4 anos

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

31. É de origem espanhola, hispânica ou latina?

- Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
- Sim, de origem cubana
- Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
- Sim, de origem porto-riquenha
- Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina

ANTERIOR

SEGUINTE

## A SEU RESPEITO

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

- Índia americana ou nativa do Alasca
- Asiática
- Negra ou afro-americana
- Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
- Branca

ANTERIOR

SEGUINTE

[Q32 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]

[IF HOSPITAL-SPECIFIC SUPPLEMENTAL QUESTION(S) ARE ADDED (LIMIT OF 12) THE MANDATORY TRANSITION STATEMENT INCLUDING THE HEADER MUST BE PLACED **ON A SEPARATE WEB SCREEN** IMMEDIATELY BEFORE THE FIRST SUPPLEMENTAL ITEM WEB SCREEN.]

## MAIS PERGUNTAS SOBRE A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América para uso na avaliação de qualidade. Quaisquer perguntas adicionais são do **[NAME OF HOSPITAL]** para obter mais informações sobre a sua hospitalização e não serão compartilhadas com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos.

ANTERIOR

SEGUINTE

## OBRIGADO

Concluiu a pesquisa. Se tiver terminado de responder às perguntas, clique em ENVIAR para concluir a pesquisa. Obrigado pelo seu tempo.

ANTERIOR

ENVIAR

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são documentos do governo dos EUA e são do domínio público, pelo que NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA.

## **SAMPLE INITIAL EMAIL INVITATION**

### **PROGRAMMING SPECIFICATIONS:**

**Use this invitation for the first email to sampled patients with an email address, for the following modes:**

- **Web-Mail**
- **Web-Phone**
- **Web-Mail-Phone**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: Fale-nos sobre o [HOSPITAL NAME]

---

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

Vimos solicitar-lhe que responda a uma pesquisa sobre o [HOSPITAL NAME].

Para responder à pesquisa, clique aqui. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

A pesquisa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. A pesquisa é patrocinada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e esta deve levar aproximadamente [NUMBER] minutos a preencher.

A sua participação é voluntária e as suas respostas serão mantidas confidenciais. As suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e a ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na Internet em Care Compare em [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).

Se tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, contacte este (OPTIONAL TO STATE número gratuito): [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE ou envie-nos um e-mail para [EMAIL ADDRESS]).

Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,  
[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]





## **SAMPLE REMINDER EMAIL INVITATION**

### **PROGRAMMING SPECIFICATIONS:**

**Use this invitation for the reminder emails to sampled patients with an email address, for the following modes:**

- **Web-Mail (second and third email invitation)**
- **Web-Phone (second and third email invitation)**
- **Web-Mail-Phone (second email invitation)**

From: [SURVEY VENDOR/SELF-ADMINISTERING HOSPITAL EMAIL ADDRESS]

To: [SAMPLED PATIENT EMAIL ADDRESS]

Subject: Fale-nos sobre o [HOSPITAL NAME]

---

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

Há alguns dias, enviámos-lhe um e-mail a pedir a sua opinião sobre o [HOSPITAL NAME]. Se já preencheu a pesquisa, muito agradecemos, e solicitamos que ignore esta mensagem. No entanto, se ainda não respondeu à pesquisa, agradecemos que disponibilize agora alguns minutos para o seu preenchimento.

Para responder à pesquisa, clique aqui. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

A pesquisa é parte de uma iniciativa para compreender como os pacientes percebem o tratamento hospitalar que receberam. A pesquisa é patrocinada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e esta deve levar aproximadamente [NUMBER] minutos a preencher.

A sua participação é voluntária e as suas respostas serão mantidas confidenciais. As suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e a ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na Internet em Care Compare em [Medicare.gov](http://www.medicare.gov/care-compare) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).

Se tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, contacte este (OPTIONAL TO STATE número gratuito): [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE ou envie-nos um e-mail para [EMAIL ADDRESS]).

Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

Atenciosamente,  
[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]



## **Web Survey and Email Invitation Required Language**

*For the full set of requirements for the HCAHPS web survey and email invitations, please see the HCAHPS Quality Assurance Guidelines, Web-Mail, Web-Phone and Web-Mail-Phone Survey Administration chapters.*

### **Verbatim Language on the Email Invitations**

*The following sentences must appear verbatim on each email invitation:*

1. *Subject line:* Fale-nos sobre o **[HOSPITAL NAME]**
2. *Initial Email Invitation first sentence:* Vimos solicitar-lhe que responda a uma pesquisa sobre o **[HOSPITAL NAME]**.
3. *Reminder Email Invitation first sentence:* Há alguns dias, enviámos-lhe um e-mail a pedir a sua opinião sobre o **[HOSPITAL NAME]**.
4. A pesquisa é patrocinada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) e esta deve levar aproximadamente **[NUMBER]** minutos a preencher.
5. A sua participação é voluntária e as suas respostas serão mantidas confidenciais.
6. As suas informações ajudarão a melhorar o atendimento oferecido pelos hospitais e a ajudar outras pessoas a escolher um hospital. Os resultados dos hospitais serão divulgados publicamente na Internet em Care Compare em [Medicare.gov](http://www.medicare.gov) ([www.medicare.gov/care-compare](http://www.medicare.gov/care-compare)).
7. Agradecemos muito a sua ajuda na melhoria dos cuidados hospitalares.

*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 on the Welcome web screen and appear below the survey “START” button. The following is the language that must be used:*

De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a perguntas para a recolha de informações, a não ser que seja apresentado um número de controlo válido da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). O número de controlo válido para esta recolha de informações é 0938-0981 (Expira 30 de novembro de 2027). Estimamos que o tempo necessário para preencher esta recolha de informações seja, em média, 8 minutos para as perguntas 1 a 32 da pesquisa, incluindo o tempo necessário para ler as instruções, pesquisar recursos de dados já existentes, reunir os dados necessários, e preencher e rever a recolha de informações. Se tiver qualquer comentário relacionado com a precisão das nossas estimativas de tempo, ou se tiver sugestões para ajudar a melhorar este formulário, escreva para: 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 including the header must be placed on a separate web screen immediately before the first supplemental item web screen as follows.*

*Header:*

MAIS PERGUNTAS SOBRE A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

*Statement:*

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América para uso na avaliação de qualidade. Quaisquer perguntas adicionais são do [NAME OF HOSPITAL] para obter mais informações sobre a sua hospitalização e não serão partilhadas com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos.

## **Copyright Statement**

*The following copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button:*

As perguntas 1 a 32 desta pesquisa são documentos do governo dos EUA e são do domínio público, pelo que NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA.

## **Unsubscribe/Opt-out Language (Optional)**

*An Unsubscribe statement is not required to be included in the email invitations. However, if an Unsubscribe statement is added, it should appear at the bottom of the email invitations as follows:*

Se preferir não receber mais e-mails a pedir-lhe para responder ao presente inquérito sobre esta hospitalização, clique em Cancelar subscrição.

*If clicking the Unsubscribe link takes the patient to a new page, that page MUST include the following statement:*

Não lhe serão enviados mais e-mails relativos ao presente inquérito sobre esta hospitalização.