

HCAHPS

Web Survey (Spanish)

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*

BIENVENIDOS A LA ENCUESTA SOBRE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Le pedimos que nos cuente sobre la vez reciente que estuvo en el hospital **[NAME OF HOSPITAL]** que finalizó el **[DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)]**.

- Necesitará alrededor de **[NUMBER]** minutos para responder a las preguntas de la encuesta **[SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME WEB SCREEN]**
- La participación en la encuesta es voluntaria
- No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital
- Puede saltarse cualquier pregunta(s) que no desee responder
- Puede salir de la encuesta en cualquier momento
- Sus respuestas se mantendrán confidenciales

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, llámenos (OPTIONAL TO STATE gratis) al **[PHONE NUMBER]** (OPTIONAL TO STATE o envíenos un correo electrónico a **[EMAIL ADDRESS]**). Gracias.

Haga clic en **COMENZAR** para empezar la encuesta.

COMENZAR

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 30 de noviembre de 2027). 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.

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

ATRÁS

SIGUIENTE

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LAS ENFERMERAS

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

ATRÁS

SIGUIENTE

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LAS ENFERMERAS

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

ATRÁS

SIGUIENTE

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

ATRÁS

SIGUIENTE

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LOS DOCTORES

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

ATRÁS

SIGUIENTE

LA ATENCIÓN QUE USTED RECIBIÓ DE LOS DOCTORES

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

ATRÁS

SIGUIENTE

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

ATRÁS

SIGUIENTE

EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

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

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

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

- Sí
- No

ATRÁS

SIGUIENTE

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

- SKIP TO Q18*
- STORE A VALUE OF "8" FOR NOT APPLICABLE IN Q16 AND Q17]*

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SU ATENCIÓN EN ESTE HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SALIDA DEL HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SALIDA DEL HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

[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]*

SALIDA DEL HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

SALIDA DEL HOSPITAL

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

ATRÁS

SIGUIENTE

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hospitalización en **[HOSPITAL NAME]** que finalizó el **[DISCHARGE MM/DD/YYYY]**. 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

ATRÁS

SIGUIENTE

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

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

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

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

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

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

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

29. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Algún otro idioma

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

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

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

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

ATRÁS

SIGUIENTE

ACERCA DE USTED

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

[ATRÁS](#)

[SIGUIENTE](#)

[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.]

MÁS PREGUNTAS SOBRE SUS EXPERIENCIAS EN ESTE HOSPITAL

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.

[ATRÁS](#)

[SIGUIENTE](#)

GRACIAS

Usted ha llegado al final de la encuesta. Si ha terminado de responder las preguntas, haga clic en ENVIAR para finalizar la encuesta. Muchas gracias por su tiempo.

[ATRÁS](#)

[ENVIAR](#)

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 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: Cuéntenos sobre [HOSPITAL NAME]

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

Le pedimos que complete una encuesta sobre [NAME OF HOSPITAL].

Para completar la encuesta, haga clic aquí. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

La encuesta 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 \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, 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,
[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: Cuéntenos sobre [HOSPITAL NAME]

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

Hace unos días, le enviamos un correo electrónico para pedirle su opinión sobre [HOSPITAL NAME]. Si ya completó la encuesta, se lo agradecemos mucho y no tiene que hacer caso de este mensaje. Sin embargo, si todavía no ha contestado la encuesta, por favor dedique unos minutos a hacerlo ahora.

Para completar la encuesta, haga clic aquí. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

La encuesta 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 \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, 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,
[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:* Cuéntenos sobre **[HOSPITAL NAME]**
2. *Initial Email Invitation first sentence:* Le pedimos que complete una encuesta sobre **[HOSPITAL NAME]**.
3. *Reminder Email Invitation first sentence:* Hace unos días, le enviamos un correo electrónico para pedirle su opinión sobre **[HOSPITAL NAME]**.
4. La encuesta es patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y completarla debería tomar alrededor de **[NUMBER]** minutos.
5. Su participación es voluntaria y sus respuestas se mantendrán privadas.
6. 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).
7. 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 on the Welcome web screen and appear below the survey “START” button. 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 30 de noviembre de 2027). 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 including the header must be placed on a separate web screen immediately before the first supplemental item web screen as follows.

Header:

MÁS PREGUNTAS SOBRE SUS EXPERIENCIAS EN ESTE HOSPITAL

Statement:

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.

Copyright Statement

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

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.

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:

Si prefiere no recibir más correos electrónicos pidiéndole que responda a la encuesta sobre esta estadía en el hospital, haga clic en Cancelar suscripción.

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

Le removeremos de futuros correos electrónicos para la encuesta sobre esta estadía en el hospital.