

# HCAHPS

## Web Survey (Tagalog)

### 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*

## MALIGAYANG PAGDATING SA SURVEY SA KARANASAN SA OSPITAL

Mangyaring sabihin sa amin ang kamakailang pamamalagi ninyo sa ospital sa **[NAME OF HOSPITAL]** na natapos noong **[DATE OF DISCHARGE (MM/DD/YYYY)]**.

- Kakailanganin ninyo ng **[NUMBER]** minuto para sagutan ang mga tanong ng survey **[SURVEY VENDOR/HOSPITAL TO SPECIFY NUMBER – SEE PROGRAMMING SPECIFICATIONS FOR WELCOME WEB SCREEN]**
- Boluntaryo ang pagsali sa survey
- Huwag isama sa sagot ninyo ang iba pang sitwasyon ng pamamalagi ninyo sa ospital
- Maaari ninyong laktawan ang anumang (mga) tanong na ayaw ninyong sagutin
- Maaari kayong lumabas sa survey sa anumang oras
- Ang mga sagot mo ay pananatiliing kompidensyal

Kung may mga tanong kayo tungkol sa survey na kasama nito, pakitawagan ang (OPTIONAL TO STATE toll-free) na ito: **[PHONE NUMBER]** (OPTIONAL TO STATE o padalhan ninyo kami ng email sa **[EMAIL ADDRESS]**). Salamat po.

I-click ang MAGSIMULA para simulan ang survey.

### MAGSIMULA

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, walang tao ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung may ipapakita itong valid na OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pagkolektang ito ng impormasyon ay 0938-0981 (Mag-e-expire sa ika-30 ng Nobyembre 2027). Ang kabuuang oras na kailangan para makumpleto ang pagkolekta ng impormasyon ay tinatayang 8 minuto para sa mga tanong 1-32 ng survey, kasama rito ang oras sa pagsusuri sa mga tagubilin, paghahanap sa mga kasalukuyang data resource, pagkolekta sa kinakailangang data, at pagkumpleto at pag-review sa pagkolekta ng impormasyon. Kung may mga komento kayo tungkol sa katumpakan ng (mga) tinatayang haba ng oras, o mga mungkahi para mapahusay pa ang form na ito, maaari kayong sumulat sa: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

PANGANGALAGANG NATANGGAP NINYO MULA SA MGA NARS

1. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas kayong tinrato ng mga nars nang may paggalang at respeto?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

PANGANGALAGANG NATANGGAP NINYO MULA SA MGA NARS

2. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas kayong pinakinggan nang mabuti ng mga nars?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

PANGANGALAGANG NATANGGAP NINYO MULA SA MGA NARS

3. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas ipinaliwanag ng mga nars ang mga bagay-bagay sa paraang nauunawaan ninyo?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

**PANGANGALAGANG NATANGGAP NINYO MULA SA MGA DOKTOR**

4. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas kayong tinrato ng mga doktor nang may paggalang at respeto?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

**PANGANGALAGANG NATANGGAP NINYO MULA SA MGA DOKTOR**

5. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas kayong pinakinggan nang mabuti ng mga doktor?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

**PANGANGALAGANG NATANGGAP NINYO MULA SA MGA DOKTOR**

6. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas ipinaliwanag ng mga doktor ang mga bagay-bagay sa paraang nauunawaan ninyo?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG KAPALIGIRAN NG OSPITAL

7. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas nilinis ang kuwarto at banyo ninyo?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG KAPALIGIRAN NG OSPITAL

8. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas kayo nakapagpahinga na kailangan ninyo?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG KAPALIGIRAN NG OSPITAL

9. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas na tahimik ang lugar sa paligid ng kuwarto ninyo sa gabi?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

10. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas ang mga doktor, nars at iba pang staff ng ospital na binigyan kayo ng impormasyon at huling balita tungkol sa inyong pangangalaga?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

11. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, gaano kadalas ang mga doktor, nars at iba pang staff ng ospital na nagtrabaho nang maayos at sama-sama para pangalagaan kayo?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

12. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, kinailangan ba ninyo ang tulong mula sa mga nars o iba pang staff sa ospital para pumunta sa banyo o sa paggamit ng bedpan?
- Oo
  - Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

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

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

ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

13. Gaano kadalas kayong nakakuha agad ng atensyon o tulong sa pagpunta sa banyo o paggamit ng bedpan noong kinailangan ninyo ito?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

14. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, noong humingi kayo ng agad na agad na tulong, gaano kadalas kayo nakatanggap ng tulong sa lalong madaling panahon na kinailangan ninyo ito?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi
  - Hindi ako humingi ng agad na agad na tulong kailanman

BUMALIK

SUSUNOD

ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

15. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, binigyan ba kayo ng anumang gamot na hindi pa ninyo nagamit o nainom dati?
- Oo
  - Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

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

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



### ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

16. Bago kayo bigyan ng anumang bagong gamot, gaano kadalas sinabi sa inyo ng staff ng ospital kung para saan ang ibinibigay nilang gamot?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

17. Bago kayo bigyan ng anumang bagong gamot, gaano kadalas ipinaliwanag ng staff ng ospital ang mga posibleng side effect nito sa paraang nauunawaan ninyo?
- Hindi kailanman
  - Paminsan-minsan
  - Madalas
  - Palagi

BUMALIK

SUSUNOD

### ANG INYONG PANGANGALAGA SA OSPITAL NA ITO

18. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, ang mga nars at iba pang mga staff ng ospital ba ay tumulong para makapagpahinga at gumaling kayo?
- Oo, sigurado
  - Oo, medyo
  - Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

PAGLABAS SA OSPITAL

19. Nagtrabaho ba na kasama kayo at inyong pamilya o tagapangalaga ang mga doktor, nars at iba pang staff ng ospital sa paggawa ng mga plano para sa inyong pangangalaga pagkatapos na lumabas kayo sa ospital?
- Oo, sigurado
  - Oo, medyo
  - Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

PAGLABAS SA OSPITAL

20. Binigyan ba ng mga doktor, nars o ibang staff ng ospital ang iyong pamilya o tagapag-alaga ng sapat na impormasyon tungkol sa kung anong mga sintomas o problema sa kalusugan ang dapat bantayan pagkatapos mong lumabas sa ospital?
- Oo, sigurado
  - Oo, medyo
  - Hindi
  - Wala akong pamilya o tagapag-alaga na nagbabantay ng mga sintomas o problema sa kalusugan

BUMALIK

SUSUNOD

PAGLABAS SA OSPITAL

21. Noong lumabas kayo ng ospital, diretso po ba kayong umuwi sa sariling bahay ninyo, sa bahay ng ibang tao, o sa iba pang pasilidad na pangkalusugan?
- Sariling bahay
  - Sa bahay ng ibang tao
  - Iba pang pasilidad na pangkalusugan

BUMALIK

SUSUNOD

*[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]*

## PAGLABAS SA OSPITAL

22. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, nakipag-usap ba sa inyo ang mga doktor, nars o iba pang staff ng ospital kung magkakaroon ka ng tulong na kailangan mo pagkatapos mong umalis sa ospital?

- Oo
- Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

## PAGLABAS SA OSPITAL

23. Sa panahon ng pamamalagi ninyo sa ospital na ito, nakatanggap ba kayo ng nakasulat na impormasyon kung anong mga sintomas o problema sa kalusugan ang kailangang bantayan ninyo pagkalabas ninyo ng ospital?

- Oo
- Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

## PANGKALAHATANG RATING NG OSPITAL

Pakisagutan ang mga sumusunod na tanong tungkol sa pamamalagi ninyo sa **[HOSPITAL NAME]** na natapos noong **[DISCHARGE MM/DD/YYYY]**. Huwag isama sa sagot ninyo ang iba pang sitwasyon ng pamamalagi ninyo sa ospital.

24. Gamit po ang anumang numero mula 0 hanggang 10, kung saan ang 0 ay 'pinakamasamang posibleng ospital' at ang 10 ay ang 'pinakamagandang posibleng ospital', anong score ang ibibigay ninyo para i-rate ang ospital na ito habang namalagi kayo rito?

- 0 Pinakamasamang posibleng ospital
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Pinakamagandang posibleng ospital

BUMALIK

SUSUNOD

## PANGKALAHATANG RATING NG OSPITAL

25. Irerekomenda ba ninyo ang ospital na ito sa mga kaibigan at kapamilya ninyo?

- Siguradong hindi
- Malamang hindi
- Malamang oo
- Siguradong oo

BUMALIK

SUSUNOD

TUNGKOL SA INYO

26. Ang pamamalagi ba sa ospital na ito ay nakaplano na noon pa?

- Oo, sigurado
- Oo, medyo
- Hindi

BUMALIK

SUSUNOD

TUNGKOL SA INYO

27. Sa pangkalahatan, paano po ninyo ire-rate ang kabuuang kalusugan ninyo?

- Talagang napakahusay
- Napakahusay
- Mahusay
- Tama lang
- Hindi mahusay

BUMALIK

SUSUNOD

TUNGKOL SA INYO

28. Sa pangkalahatan, paano ninyo ire-rate ang kabuuan ng inyong pangkaisipan o emosyonal na kalusugan?

- Talagang napakahusay
- Napakahusay
- Mahusay
- Tama lang
- Hindi mahusay

BUMALIK

SUSUNOD

### TUNGKOL SA INYO

29. Anong wika ang pangunahing sinasalita ninyo sa bahay?

- Ingles
- Spanish
- Chinese
- Ibang pang wika

BUMALIK

SUSUNOD

### TUNGKOL SA INYO

30. Ano ang pinakamataas na antas ng pag-aaral na natapos ninyo?

- Grade 8 o mas mababa
- Ilang taon sa High School, pero hindi nakatapos
- Naka-graduate ng High School o GED
- Ilang taon sa kolehiyo o 2-year degree
- Naka-graduate ng 4-year na college degree
- Mahigit sa 4 na taong college degree

BUMALIK

SUSUNOD

### TUNGKOL SA INYO

31. Mayroon ba kayong Spanish/Hispanic/Latinong pinagmulan?

- Wala, hindi Spanish/Hispanic/Latino
- Oo, Cuban
- Oo, Mexican, Mexican American, Chicano
- Oo, Puerto Rican
- Oo, iba pang Spanish/Hispanic/Latino

BUMALIK

SUSUNOD

## TUNGKOL SA INYO

32. Ano ang inyong etnikong background? Pakipili ng isa o higit pa.

- American Indian o Alaska Native
- Asian
- Black o African-American
- Native Hawaiian o iba pang Pacific Islander
- White

BUMALIK

SUSUNOD

[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.]

## IBA PANG MGA TANONG TUNGKOL SA KARANASAN NINYO SA OSPITAL NA ITO

Ang mga tanong 1-32 sa survey na ito ay mula sa U.S. Department of Health and Human Services (HHS) para gamitin sa pagsukat ng kalidad. Ang anumang mga karagdagang tanong ay mula sa **[NAME OF HOSPITAL]** upang kumuha ng higit pang feedback tungkol sa pananatili ninyo sa ospital at hindi ito ibabahagi sa HHS.

BUMALIK

SUSUNOD

## SALAMAT

Naabot na ninyo ang dulo ng survey. Kung tapos ka na sa pagsagot sa mga tanong, paki-click ang ISUMITE para tapusin ang survey. Maraming salamat po sa panahon ninyo.

BUMALIK

ISUMITE

Ang mga tanong 1-32 sa survey na ito ay ginawa ng Pamahalaan ng U.S at nasa pampublikong domain at kung gayon ay HINDI saklaw ng mga batas ng U.S. para sa copyright.





# **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: Mangyaring sabihin sa amin ang tungkol sa [HOSPITAL NAME]

---

Mahal naming [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Hinihiling namin sa inyo na kumpletuhin ang survey tungkol sa [HOSPITAL NAME].

Para sagutan ang survey, paki-click dito. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

Ang survey ay bahagi ng pagsisikap naming maunawaan ang pananaw ng mga pasyente sa pangangalagang natatanggap nila sa ospital. Ang survey ay sponsored ng United States Department of Health and Human Services at ang survey ay aabutin ng humigit-kumulang [NUMBER] minuto para makumpleto.

Boluntaryo ang pagsali ninyo at ang inyong mga sagot ay pananatiliing pribado. Makakatulong ang inyong mga sagot sa pagpapahusay sa kalidad ng pangangalagang natatanggap sa mga ospital at matutulungan ang ibang tao na gumawa ng mga may-kaalamang desisyon tungkol sa pangangalagang natatanggap nila. Makikita ninyo ang mga resulta ng kasalukuyang survey at mahahanap ang mga rating ng ospital sa Care Compare sa [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).

Kung may mga tanong kayo tungkol sa survey na kasama nito, pakitawagan ang (OPTIONAL TO STATE toll-free) number na ito: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE o padalhan ninyo kami ng email sa [EMAL ADDRESS]).

Lubusan po naming pinasasalamatan ang tulong ninyo sa pagpapahusay ng pangangalagang natatanggap sa ospital.

Lubos na sumasainyo,  
[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: Mangyaring sabihin sa amin ang tungkol sa [HOSPITAL NAME]

---

Mahal naming [SAMPLED PATIENT FIRST AND LAST NAME]:

Noong nakalilipas, ipinadala namin sa inyo ang isang email na humihiling ng inyong feedback sa [HOSPITAL NAME]. Kung naipadala na ninyo sa amin ang survey, nagpapasalamat kami at maaari na ninyong balewalain ang mensaheng ito. Gayunpaman, kung hindi pa ninyo nakukumpleto ang survey, mangyaring maglaan ng ilang minuto para makumpleto ito ngayon.

Para sagutan ang survey, paki-click dito. [PERSONALIZED LINK TO SURVEY]

Ang survey ay bahagi ng pagsisikap naming maunawaan ang pananaw ng mga pasyente sa pangangalagang natatanggap nila sa ospital. Ang survey ay sponsored ng United States Department of Health and Human Services at ang survey ay aabutin ng humigit-kumulang [NUMBER] minuto para makumpleto.

Boluntaryo ang pagsali ninyo at ang inyong mga sagot ay pananatilihing pribado. Makakatulong ang inyong mga sagot sa pagpapahusay sa kalidad ng pangangalagang natatanggap sa mga ospital at matutulungan ang ibang tao na gumawa ng mga may-kaalamang desisyon tungkol sa pangangalagang natatanggap nila. Makikita ninyo ang mga resulta ng kasalukuyang survey at mahahanap ang mga rating ng ospital sa Care Compare sa [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).

Kung may mga tanong kayo tungkol sa survey na kasama nito, pakitawagan ang (OPTIONAL TO STATE toll-free) number na ito: [PHONE NUMBER] (OPTIONAL TO STATE o padalhan ninyo kami ng email sa [EMAL ADDRESS]).

Lubusan po naming pinasasalamatan ang tulong ninyo sa pagpapahusay ng pangangalagang natatanggap sa ospital.

Lubos na sumasainyo,  
[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:* Mangyaring sabihin sa amin ang tungkol sa **[HOSPITAL NAME]**
2. *Initial Email Invitation first sentence:* Hinihiling namin sa inyo na kumpletuhin ang survey tungkol sa **[HOSPITAL NAME]**.
3. *Reminder Email Invitation first sentence:* Noong nakalilipas, ipinadala namin sa inyo ang isang email na humihiling ng inyong feedback sa **[HOSPITAL NAME]**.
4. Ang survey ay bahagi ng pagsisikap naming maunawaan ang pananaw ng mga pasyente sa pangangalagang natatanggap nila sa ospital. Ang survey ay sponsored ng United States Department of Health and Human Services at ang survey ay aabutin ng humigit-kumulang **[NUMBER]** minuto para makumpleto.
5. Boluntaryo ang pagsali ninyo at ang inyong mga sagot ay pananatiliing pribado.
6. Makakatulong ang inyong mga sagot sa pagpapahusay sa kalidad ng pangangalagang natatanggap sa mga ospital at matutulungan ang ibang tao na gumawa ng mga may-kaalamang desisyon tungkol sa pangangalagang natatanggap nila. Makikita ninyo ang mga resulta ng kasalukuyang survey at mahahanap ang mga rating ng ospital sa Care Compare sa [Medicare.gov \(www.medicare.gov/care-compare\)](http://www.medicare.gov/care-compare).
7. Lubusan po naming pinasasalamatan ang tulong ninyo sa pagpapahusay ng pangangalagang natatanggap sa ospital.

*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:*

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, walang tao ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung may ipapakita itong valid na OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pagkolektang ito ng impormasyon ay 0938-0981 (Mag-e-expire sa ika-30 ng Nobyembre 2027). Ang kabuuang oras na kailangan para makumpleto ang pagkolekta ng impormasyon ay tinatayang 8 minuto para sa mga tanong 1-32 ng survey, kasama rito ang oras sa pagsusuri sa mga tagubilin, paghahanap sa mga kasalukuyang data resource, pagkolekta sa kinakailangang data, at pagkumpleto at pag-review sa pagkolekta ng impormasyon. Kung may mga komento kayo tungkol sa katumpakan ng (mga) tinatayang haba ng oras, o mga mungkahi para mapahusay pa ang form na ito, maaari kayong sumulat sa: 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:*

IBA PANG MGA TANONG TUNGKOL SA KARANASAN NINYO SA OSPITAL NA ITO

*Statement:*

Ang mga tanong 1-32 sa survey na ito ay mula sa U.S. Department of Health and Human Services (HHS) para gamitin sa pagsukat ng kalidad. Ang anumang mga karagdagang tanong ay mula sa [NAME OF HOSPITAL] upang kumuha ng higit pang feedback tungkol sa pananatili ninyo sa ospital at hindi ito ibabahagi sa HHS.

## **Copyright Statement**

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

Ang mga tanong 1-32 sa survey na ito ay ginawa ng Pamahalaan ng U.S at nasa pampublikong domain at kung gayon ay HINDI saklaw ng mga batas ng U.S. para sa copyright.

## **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:*

Kung mas gusto mong hindi makatanggap ng mga karagdagang email na humihiling sa iyo na kunin ang survey na ito tungkol sa pamamalagi sa ospital na ito, mangyaring i-click ang Mag-unsubscribe.

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

Aalisin ka namin sa mga hinaharap na email para sa survey tungkol sa pamamalagi sa ospital na ito.