

**WAVE: HOS-M PRENOTIFICATION POSTCARD 2010**

**PROTOCOL: SPANISH**

**MAILING MATERIALS TRACKING NUMBER: S1**

**[CMS Logo]**

**ENCUESTA DE MEDICARE SOBRE LA SALUD - MODIFICADA**

Estimado beneficiario del programa Medicare:

En un esfuerzo por enterarnos más sobre la calidad de la asistencia que se brinda a los beneficiarios del programa Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (cuya sigla en inglés es CMS) están llevando a cabo una encuesta de los beneficiarios. Esta encuesta se llama Encuesta de Medicare Sobre la Salud-Modificada. CMS ha seleccionado su nombre al azar de entre todos los miembros inscritos en su plan de cuidado médico. En pocos días recibirá usted un cuestionario por correo. Agradecemos muchísimo el tiempo que tome para llenar la encuesta.

Por favor este pendiente de la Encuesta de Medicare Sobre la Salud que le llegará por correo en unos días. Gracias por ayudar con esta encuesta importante.

Atentamente,

Walter Stone  
Funcionario de Privacidad

**WAVE: HOS-M LETTER FOR FIRST QUESTIONNAIRE MAILING 2010**

**PROTOCOL: SPANISH**

**MAILING MATERIALS TRACKING NUMBER: S2- SIDE A**

**[CMS Letterhead]**

Estimado beneficiario del programa Medicare:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) es la agencia federal que administra el programa Medicare. Nuestra responsabilidad es garantizar que usted reciba cuidado médico de alta calidad. Una de las maneras en que podemos cumplir con esa responsabilidad es enterarnos directamente por usted cómo afecta su salud el cuidado médico que está recibiendo actualmente en el programa Medicare.

CMS esta realizando una encuesta a las personas con Medicare llamada *Encuesta de Medicare Sobre la Salud-Modificada*. Su nombre ha sido seleccionado al azar por CMS, de entre las personas con Medicare en su plan de salud. Le agradeceríamos que dedique unos minutos para completar este cuestionario. Para su comodidad, le adjuntamos un sobre que no necesita estampilla de correo.

Sus respuestas a la encuesta proporcionarán información sobre el estado de su salud y ayudarán a determinar si el cuidado médico que usted recibe lo mantiene tan sano como sea posible. Después de que se termine el estudio, sus respuestas serán compartidas con su plan de salud. Su plan usará esta información para mejorar la calidad de los servicios que ofrece.

Es muy importante para nosotros enterarnos sobre su salud. Aunque su participación es voluntaria, esperamos que no deje pasar la ocasión de responder al cuestionario. Sus respuestas no afectarán los beneficios que recibe de Medicare.

[VENDOR NAME] es una compañía que realiza estudios que trabaja con Medicare para llevar a cabo esta encuesta. Si tiene algún problema para completar el cuestionario o tiene preguntas sobre el mismo, por favor llame gratuitamente a [VENDOR NAME] a [1-800-Number] o escribir por correo electrónico a [VENDOR NAME] a [e-mail address].

Gracias por ayudar con esta encuesta importante.

Atentamente,

Walter Stone  
Funcionario de Privacidad

Si usted tiene problemas para llenar la encuesta, una persona que sepa sobre su salud (un familiar, un amigo o la persona que está al cuidado de usted) puede llenarla por usted.

**ENGLISH ON THE OTHER SIDE**

**WAVE: HOS-M LETTER FOR FIRST QUESTIONNAIRE MAILING 2010**

**PROTOCOL: SPANISH**

**MAILING MATERIALS TRACKING NUMBER: S2- SIDE B**

**[CMS Letterhead]**

Dear Medicare Beneficiary:

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is the Federal agency that administers the Medicare program. Our responsibility is to make sure that you get high quality care. One of the ways we can fulfill that responsibility is to find out directly from you about how the care you are currently receiving under the Medicare program affects your health.

CMS is conducting a survey of people with Medicare called the Medicare Health Outcomes Survey-Modified. Your name was selected at random by CMS from among the people in your health plan with Medicare. We would greatly appreciate your taking the time to fill out this questionnaire. A postage-paid return envelope is enclosed.

Your answers to the survey will provide information about the state of your health and help determine if the care you receive is keeping you as healthy as possible. After the study is completed, your responses will be shared with your health plan. Your plan will use this information to improve the quality of care.

Learning about the state of your health is very important to us. While your participation is voluntary, we hope that you will take the time to answer the questionnaire. Your answers will have no effect on your Medicare benefits.

[VENDOR NAME] is a survey research organization working with us to carry out this survey. If you have any problems completing the survey or have other questions about it, please don't hesitate to call [VENDOR NAME] toll free at [1-800-Number] or e-mail [VENDOR NAME] at [email address].

Thank you for your help with this important survey.

Sincerely,

Walter Stone  
CMS Privacy Officer

P.S. If you have trouble completing the survey, a relative, friend, or caregiver, who knows about your health, can fill out the survey for you.

**ESPAÑOL AL OTRO LADO**

**WAVE: HOS-M LETTER FOR SECOND QUESTIONNAIRE MAILING 2010**

**PROTOCOL: SPANISH**

**MAILING MATERIALS TRACKING NUMBER: S4**

**[CMS Letterhead]**

Estimado beneficiario del programa Medicare:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están llevando a cabo una encuesta de personas con Medicare inscritas en planes de salud administrados. Esta encuesta tiene el propósito de averiguar si el cuidado médico que usted recibe lo mantiene tan sano como sea posible. Su nombre ha sido seleccionado al azar de entre todos los miembros inscritos en su plan de cuidado médico.

Recientemente le enviamos por correo la Encuesta de Medicare Sobre la Salud- Modificada, pero no hemos recibido su respuesta. Adjunto le enviamos otra copia y le agradeceremos mucho que dedique unos minutos para completarla. Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.

Es muy importante para nosotros enterarnos sobre su salud. Aunque su participación es voluntaria, esperamos que no deje pasar la ocasión de responder al cuestionario. Sus respuestas no afectarán los beneficios que recibe de Medicare.

Sus respuestas a la encuesta proporcionarán información sobre el estado de su salud y ayudarán a determinar si el cuidado médico que usted recibe lo mantiene tan sano como sea posible. Después de que se termine el estudio, sus respuestas serán compartidas con su plan de salud. Su plan usará esta información para mejorar la calidad del cuidado que ofrece.

[VENDOR NAME] es una compañía que realiza estudios que trabaja con Medicare para llevar a cabo esta encuesta. Si tiene algún problema para completar el cuestionario o tiene otras preguntas sobre el mismo, por favor llame gratuitamente a [VENDOR NAME] a [1-800-Number] o escribir por correo electrónico a [VENDOR NAME] a [e-mail address].

Gracias por ayudar con esta encuesta importante.

Atentamente,

Walter Stone  
Funcionario de Privacidad

Si usted tiene problemas para llenar la encuesta, una persona que sepa sobre su salud (un familiar, un amigo o la persona que está al cuidado de usted) puede llenarla por usted.

**WAVE: HOS-M REMINDER/THANK YOU POSTCARD 2010**

**PROTOCOL: SPANISH**

**MAILING MATERIALS TRACKING NUMBER: S3**

**[CMS Logo]**

**ENCUESTA DE MEDICARE SOBRE LA SALUD - MODIFICADA**

¡Hola!

Hace aproximadamente una semana, usted recibió la *Encuesta de Medicare Sobre la Salud – Modificada* por correo.

Esta nota es para recordarle que le agradeceríamos que se tome la molestia de responder a la encuesta. Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo. Necesitamos sus respuestas. Esta es su oportunidad de ayudar a que su plan de salud le sirva mejor.

Si ya ha devuelto el cuestionario, le quedamos agradecidos.

Si no ha recibido el cuestionario o se le ha perdido, llame gratuitamente a [VENDOR NAME] a [1-800-Number] o escriba por correo electrónico a [e-mail address] y se lo enviaremos por correo.

¡MUCHAS GRACIAS!

[VENDOR NAME]