Declaración pública de responsabilidad: La información recopilada a través de la Encuesta de pacientes del centro médico (HCPS) informa a la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) sobre cómo los centros médicos brindan acceso a la atención médica primaria y preventiva desde la perspectiva de los pacientes. Es la única encuesta de este tipo representativa a nivel nacional que se centra en la atención médica de las poblaciones que buscan atención en los centros médicos. Ninguna agencia puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos, a menos que muestre un número actual y válido Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB para este proyecto es 0915-0368 y es válido hasta el XX/XX/202X. Esta recopilación de información es voluntaria. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es un promedio de 1 hora, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre el cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir el tiempo mencionado, por favor escriba a: HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland 20857 o por correo electrónico a [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).

|  |
| --- |
| **Encuesta de pacientes del centro médico**  **Recibo de incentivo en efectivo del participante**  Como muestra de nuestro agradecimiento por su tiempo en contestar nuestras preguntas, estamos autorizados a darle un incentivo en efectivo o un regalo del mismo valor. Por favor, indique que ha recibido ya sea el incentivo en efectivo o uno de los regalos al marcar la casilla pertinente y firmar a continuación.  🞏 **$25.00 en efectivo**  🞏 **Tarjeta de regalo Visa**  🞏 **Cupón de alimentos**  **🞏**  **Otro (especificar)**  Iniciales del participante (POR FAVOR, NO FIRME SU NOMBRE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del entrevistador: |