

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05

Baltimore, Maryland 21244-1850



[DATE]

[FIRST NAME] [LAST NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE AND ZIP]

CUÉNTENOS SOBRE LA ATENCIÓN DE DIÁLISIS QUE RECIBE

Estimado(a) [FIRST NAME] [LAST NAME]:

Esta es una encuesta importante de Medicare para personas que reciben diálisis. Esperamos que nos conceda parte de su tiempo para compartir sus experiencias sobre [FACILITY NAME]. **Sus opiniones ayudan a Medicare a mejorar la calidad general de la atención de diálisis que usted y otras personas como usted reciben, y también ayudan a otras personas a elegir un centro de diálisis adecuado para ellas.**

Puede obtener más información sobre la encuesta y ver las calificaciones de los centros de diálisis y del personal en el sitio web www.medicare.gov/care-compare bajo provider type (tipo de proveedor) “Dialysis facilities” (Centros de diálisis). Para preguntas y respuestas frecuentes sobre la encuesta, también puede visitar la página en español <https://ichcahps.org/Dialysis-Patients-Spanish>.

Su voz importa. Se le *puede* pedir que complete la encuesta hasta dos veces por año para que Medicare pueda comprender cómo cambian las experiencias de los pacientes de diálisis con el tiempo. La participación es voluntaria y su información se mantiene privada según la ley. Nadie podrá asociar su nombre con sus respuestas.

No le pida a nadie de [FACILITY NAME] que le ayude con esta encuesta. Estamos interesados en sus propias opiniones sobre su atención de diálisis. Por favor, envíe de regreso la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto que no necesita estampillas de correo.

Si tiene preguntas adicionales sobre la encuesta, puede llamar a [VENDOR NAME], al número gratuito [VENDOR 800 NUMBER], de [DAYS], entre las [HOURS AND TIME ZONE]. (*For questions about this survey, or if you want to receive this survey in English, please call the survey manager at [VENDOR 800 NUMBER].*)

Gracias por ayudar a mejorar la atención de diálisis.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Vanessa S. Duran". The signature is written in a cursive style.

Vanessa S. Duran

Directora

Beneficio de medicamentos de Medicare y grupo de datos C & D

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Esta recolección de información produce datos comparables de centros de diálisis para ayudar a los individuos a elegir un y para mejorar la atención. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es menos de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la información recopilada. Esta recolección de datos es obligatoria para los centros de

diálisis clasificados bajo 42 CFR §413.178(c)(iii) para cumplir con los requisitos del programa, y es voluntaria para los participantes de la encuesta. La confidencialidad está asegurada bajo 5 U.S.C. 552a (Ley de Privacidad de 1974). Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C125-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.