Subject Line: Medicare would like your feedback about «Facility Name»

CUÉNTENOS SOBRE LA ATENCIÓN DE DIÁLISIS QUE RECIBE

Estimado(a) «FirstName» «LastName»:

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.**

Hay tres formas de completar esta encuesta por Internet:

1. Haga clic aquí para comenzar la encuesta. «EMBED UNIQUE WEB SURVEY URL»

2. Escriba https://Dialysis-Survey.rti.org en la barra de búsqueda de URL en la parte superior de su navegador web. Se le pedirá que ingrese el siguiente código de acceso: «AccessCode».

3. Utilice la cámara de su teléfono inteligente o tableta para escanear este código QR y acceder a la encuesta.

Su voz importa. La participación es voluntaria y su información se mantiene privada según la ley. Nadie podrá asociar su nombre con sus respuestas. Puede obtener más información sobre la encuesta y ver las calificaciones de los centros de hemodiálisis en el centro y del personal en el sitio web https://es.medicare.gov/care-compare bajo el tipo de proveedor y luego “Centros de diálisis.”

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.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, llame a RTI International, la organización que trabaja con Medicare, (gratis) al 1-866-245-8083 o envíe un mensaje de correo electrónico a ichcahpsmode@rti.org.

Gracias por ayudar a mejorar la atención de diálisis.

Atentamente,

Amy Hendershott
Directora del proyecto de RTI International

«SID»

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 11 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 C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. ******Divulgación del CMS**** Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a PRA Reports Clearance Office. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no esté relacionada con la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control de OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con ICHCAHPS@cms.hhs.gov.**