

*Ejemplo de carta de presentación de la encuesta HCAHPS*  
[HOSPITAL LETTERHEAD]

Nombre  
Dirección  
Ciudad, estado, código postal

Nuestros registros indican que usted estuvo hospitalizado en {*name of hospital*} y que le dieron de alta el {*date of discharge*}. Como usted estuvo hospitalizado recientemente, queremos pedir su ayuda. La encuesta forma parte de un esfuerzo nacional continuo por entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia en el hospital. Los resultados se harán públicos y estarán disponibles por Internet, en [www.hospitalcompare.hhs.gov](http://www.hospitalcompare.hhs.gov). Estos resultados les servirán a los consumidores para tomar decisiones importantes sobre el cuidado que reciben en un hospital y les ayudarán a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Las preguntas 1 a 22 de la encuesta adjunta forman parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos con el fin de medir la calidad de la atención que se presta en hospitales. Su participación es voluntaria y no afectará sus prestaciones de salud.

Esperamos que dedique tiempo a contestar la encuesta. Le agradecemos mucho su participación. Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepagado. Es posible que sus respuestas se envíen al hospital a fin de que éste emprenda tareas de mejoramiento de la calidad.

Si tiene alguna pregunta, llame gratis al 1-800-xxx-xxxx. Le agradecemos por contribuir a mejorar la atención médica de todos los consumidores.

Atentamente,

HOSPITAL ADMINISTRATOR  
HOSPITAL NAME

*Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either in the cover letter or on the front or back of the questionnaire. Refer to Appendix J for the exact OMB Paperwork Reduction Act language and Section VII—Mail Only, and Section IX—Mixed Mode, for specific letter guidelines.*