| **Centers for Medicare & Medicaid Services**7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05Baltimore, Maryland 21244-1850 | ***FOR OFFICIAL ICH CAHPS USE ONLY****:* *CMS LOGO INSERTED HERE* |
| --- | --- |

[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](https://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,

***FOR OFFICIAL ICH CAHPS USE ONLY****:*

*CMS STAFF SIGNATURE INSERTED HERE*

Vanessa S. Duran

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. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.