Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) quieren saber de usted:

**¿QUÉ TAL NOS VA?**

Nuestra institución está participando en un estudio nacional para pacientes que reciben atención en centros de hemodiálisis. Si recibió una encuesta por correo o una llamada telefónica de **[INSERT VENDOR NAME]**, le pedimos que tome un momento para completar la encuesta sobre la atención que recibe de nosotros, incluso si la completó hace varios meses.

**¡SUS OPINIONES SON IMPORTANTES PARA NOSOTROS!**

Su participación es voluntaria y su información se mantiene privada según la ley. Nadie podrá asociar sus respuestas con su nombre. **¡Sus respuestas nos ayudarán a mejorar su atención!**

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, puede llamar a nuestro proveedor de encuestas, [VENDOR NAME], al [VENDOR PHONE NUMBER].

***¡Gracias de antemano por su participación en esta importante encuesta!***

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

*CMS LOGO INSERTED HERE*

| [INSERT FACILITY LOGO HERE] |  |
| --- | --- |