

**CAHPS<sup>®</sup> for Physician Quality Reporting System  
(PQRS) Survey**

**2016 CAHPS for PQRS Survey Initial Cover Letter  
(Spanish)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

**2016 CAHPS for PQRS Survey**  
**INITIAL COVER LETTER – Spanish (Revised 10/07/2016)**  
[THE HEADING ABOVE IS NOT TO BE INCLUDED ON THE LETTER SENT TO BENEFICIARIES]

[VENDOR LETTERHEAD]

[VENDOR RETURN ADDRESS]  
[LAST DATE OF 1<sup>ST</sup> SURVEY MAILING]

Estimado [FIRST LAST]:

Como usted es una persona que recibe beneficios de Medicare, usted merece recibir atención médica de la más alta calidad, cuando la necesite, por parte de médicos, enfermeras y otros profesionales de servicios de salud en los que usted puede confiar. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), es la agencia federal que administra el programa de Medicare y nuestra responsabilidad es asegurar que usted reciba atención médica de alta calidad a un precio razonable. Una de las maneras en la que CMS puede cumplir con esa responsabilidad es obteniendo información directamente de usted sobre la atención que usted está recibiendo actualmente a través del programa de Medicare.

CMS está llevando a cabo una encuesta de personas que tienen Medicare para saber más sobre la atención y servicios de salud que reciben. CMS ha contratado a [VENDOR NAME] para llevar a cabo esta encuesta. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS entre las personas que han visitado al profesional médico cuyo nombre aparece en la encuesta adjunta. Le agradeceríamos si se tomara el tiempo, más o menos 20 minutos, para completar esta encuesta. La exactitud de los resultados depende de la participación de usted y de las otras personas con Medicare que han sido seleccionadas para esta encuesta. Ésta es su oportunidad de ayudarle a CMS a brindarle un mejor servicio.

Por favor conteste las preguntas de esta encuesta pensando en sus experiencias en los últimos seis meses. [VENDOR NAME] mantendrá su información de identificación personal y toda la información que proporcione confidencial. Toda la información que proporcione está protegida por la Ley de Privacidad. [VENDOR NAME] no compartirá su información con nadie que no sean las personas autorizadas en CMS, excepto según lo requerido por ley. [VENDOR NAME] no compartirá su encuesta individual con ninguno de sus profesionales médicos. **Usted no tiene que participar en esta encuesta. Su ayuda es voluntaria, y su decisión de participar o no participar no afectará de ninguna manera sus beneficios de Medicare.**

Esperamos que tome esta oportunidad para ayudar a CMS a conocer la calidad de atención médica que usted recibe. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame gratis a [VENDOR NAME] al [VENDOR NUMBER], de lunes a viernes entre 9:00 a.m. y 6:00 p.m. Gracias de antemano por su participación.

Atentamente,

Signature  
[SIGNED BY SENIOR LEADER AT VENDOR ORGANIZATION]

