

## **Appendix R**

### **Web Survey Materials (Spanish)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

# Web Survey Requirements

## Required for the Web Survey System

Survey vendors may use the web survey system and software of their choice. Survey vendors are responsible for programming the web survey to conform to the template and specifications provided in the official Web Survey Instrument (Appendix R, and other languages found on the CAHPS Hospice Survey Website). The web survey system should enable survey administration in English, and any optional languages offered by CMS, if the optional language will be administered by the survey vendor. Survey vendors are not permitted to make or use any other translations of the CAHPS Hospice web materials.

- The web survey system must:
  - support the use of a URL that is a maximum of 25 characters
  - be linked electronically to the survey management system to allow tracking of the sampled caregivers through the survey administration process
  - support dissemination of emailed survey invitations that include an embedded hyperlink unique to each sampled caregiver that the caregiver can click on to directly connect to the web survey
  - track whether a caregiver has an email address and whether the email address was identified as invalid (e.g., results in a delivery error message).
  - allow for the removal of sampled caregivers from further data collection attempts following submission of a web survey
  - support capture of data from web surveys that are initiated and suspended without submission of a completed survey
  - allow for web surveys to be suspended and resumed at a later date, returning the respondent to the first unanswered question
  - track whether the web survey was initiated using the web invitation email or web reminder email. The vendor must retain this information in their records.
  - allow for the respondent to back up and change a previously selected response
  - allow a web survey to be programmed to present similarly on different browser applications, browser sizes, and platforms. The survey should automatically and optimally re-size for the caregiver's screen (whether phone, tablet, computer).
  - allow a web survey to be programmed to be 508 compliant
  
- In addition, the web survey platform must:
  - NOT allow for advertisements of any kind to be embedded or displayed. This includes but is not limited to, banner or column ads, pop-up ads before, during or after the survey is accessed or completed, or promotional messages on any of the web screens.
  - NOT allow respondents to access the web survey after submission or after the data collection window has closed
  - NOT require the creation of a password to initiate or resume the web survey

## Required for the Web Survey

The CAHPS Hospice Survey Core questions (Q1 – Q31) must be placed at the beginning of the survey. The order of the Core questions must **not** be altered, and all the Core questions must remain together. The “About Your Family Member” and “About You” questions must be placed after the Core questions and cannot be eliminated from the questionnaire. The “About You” questions must follow the “About Your Family Member” questions.

Survey vendors must adhere to the following specifications for web survey formatting:

### Welcome Screen

- Hospice logos may be included on Welcome screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted
- The name of the hospice must be included on the Welcome screen as indicated in the web survey templates
  - If applicable, the Welcome screen may also include the specific hospice inpatient unit, acute care hospital, or nursing home facility in which their family member or friend resided
- Decedent name must only appear on the Welcome Screen
  - Decedent name must not be included on any other screen in the web survey
  - Caregiver name must not be included on any screen in the web survey
- As indicated in the web survey templates, the OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome screen and appear below the survey “START” button
  - The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome screen, but no smaller than 10-point at a minimum

### CAHPS Hospice Survey Questions

- The caregiver must be able to select their preferred language from English and any offered optional translations
- Question and answer category wording must **not** be changed
  - No changes are permitted in the order of the Core questions (Q1 – Q31)
  - No changes are permitted in the order of the “About Your Family Member” questions
  - No changes are permitted in the order of the “About You” questions
  - No changes are permitted in the order of the answer categories for the Core, “About Your Family Member,” or “About You” questions
  - All **bolded** or underlined content must be emphasized
  - All punctuation for the question and answer categories located in Appendix R must be programmed
  - All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.
  - All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Q2 and Q34
- Section headings (e.g., “**Your Family Member’s Hospice Care**”) must be bolded and included as a shaded web screen header on each page
- Skip patterns must be programmed into the web survey system
- Survey vendors must **not**:
  - program a specific response category as the default option
  - use a progress bar or other progress indicator on web screens
- The name of the hospice may be filled in Questions 2, 4, and 30, as indicated below

- Question 2 – “In what locations did your family member receive care from [ABC Hospice]?”
- Above Question 4 – “For the rest of the questions, please think only about your family member's experience with [ABC Hospice].”
- Question 30 – “Please answer the following questions about [ABC Hospice]. Do not include care from other hospices in your answers.”

#### Formatting

- No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens
  - [Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens
- Only one language may appear on the web screen throughout the survey
- Display only one survey item per web screen and all questions must allow paging through without requiring a response
  - When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen
  - When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen
- Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)
- Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)
- Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey
- Blank space should be used to distinguish the response options from the question text
- Blank space should be used to distinguish navigation buttons from response options

#### Other Requirements

- The web survey link(s) must remain open until a final survey status is determined or the data collection period closes
- The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button
  - The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum

# CAHPS Hospice Survey Spanish Web Survey

## GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, “ATRÁS” button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, “SIGUIENTE” button appears in the lower right of each screen*
- *Every question has a color or shaded header*
- *All questions can be paged through without requiring a response*

---

## Encuesta de Hospicio

---

- Welcome, continue in English
- Bienvenidos continuar en español

NEXT / SIGUIENTE

## [PROGRAMMING SPECIFICATION:

- **ALL CAREGIVERS START WITH THIS SCREEN**
- **INCLUDE LANGUAGE SELECTION OPTIONS FOR ALL APPROVED SURVEY LANGUAGES OFFERED FOR THIS HOSPICE. RESPONSE OF ANY APPROVED LANGUAGE AT THIS SCREEN, SKIPS TO THE VERSION OF THE SURVEY IN THAT LANGUAGE**

## Encuesta de Hospicio

*[PROGRAMMING SPECIFICATION: THIS IS THE SURVEY WELCOME SCREEN]*

### INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

Por favor responda las preguntas de la encuesta acerca de la atención que recibió [DECEDENT NAME] de este hospicio:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas las preguntas en esta encuesta tratarán acerca de las experiencias con este hospicio.**

Si desea saber más acerca de esta encuesta, llame al [VENDOR PHONE]. Todas las llamadas a este número son gratis.

- **¿Quién deberá responder la encuesta?** La persona de su hogar que sepa más acerca del cuidado de hospicio que recibió [DECEDENT NAME].  
Haga clic en SIGUIENTE para empezar la encuesta.

ATRÁS

SIGUIENTE

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige que una persona responda a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1257 (Vence el 30 de noviembre, 2027). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 9 minutos para las preguntas 1-31, las preguntas en la encuesta de "Acerca de su familiar" y "Acerca de usted" incluyendo el tiempo que la persona tarda en leer las instrucciones, buscar en los recursos existentes de datos, reunir los datos necesarios y llenar y repasar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios relacionados con la exactitud del cálculo de tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1- 25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

---

## El paciente del hospicio

---

**1. ¿Cuál es su relación con el paciente nombrado en el correo electrónico de invitación a la encuesta?**

- 1  Mi esposo/a o pareja
- 2  Mi padre/madre
- 3  Mi suegro/a
- 4  Mi abuelo/a
- 5  Mi tío/a
- 6  Mi hermano/a
- 7  Mi hijo/a
- 8  Mi amigo/a
- 9  Otro (por favor especifique): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

ATRÁS

SIGUIENTE

## El paciente del hospicio

2. En esta encuesta, las palabras "su familiar" se refieren al paciente nombrado en el correo electrónico de invitación a la encuesta.

¿En qué lugar o lugares recibió su familiar cuidados de [HOSPICE NAME]?  
Por favor elija una o más.

- 1  En su casa o en casa de otra persona  
2  En un hogar de asistencia parcial (*Assisted living facility*)  
3  En una casa de ancianos y convalecencia (*Nursing home*)  
4  Hospital  
5  En un centro u hogar de hospicio  
6  Otro (por favor especifique): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

ATRÁS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- 2 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]

## Su papel

3. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿con qué frecuencia participó o supervisó usted en sus cuidados?

- 1  Nunca  
2  A veces  
3  La mayoría de las veces  
4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NEVER" AT 3 SKIPS TO 32
  - o STORE A VALUE OF "88" IN Q4 THROUGH Q31]

## El cuidado de hospicio de su familiar

Durante el resto de las preguntas, por favor piense sólo en la experiencia de su familiar con [HOSPICE NAME].

4. En esta encuesta, el equipo del hospicio significa todas las enfermeras, doctores, trabajadores sociales, religiosos y cualquier otro personal que dieron cuidados de hospicio a su familiar.

Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿tuvo usted que ponerse en contacto con algún miembro del equipo del hospicio durante la noche, los fines de semana o los días festivos porque tenía alguna duda o necesitaba ayuda?

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- A RESPONSE OF “NO” AT 4 SKIPS TO 6
  - STORE A VALUE OF “88” IN Q5]

## El cuidado de hospicio de su familiar

5. ¿Con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba del equipo del hospicio durante la noche, los fines de semana o los días festivos?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**6. ¿Con qué frecuencia le avisó el equipo del hospicio cuando iban a llegar para cuidar a su familiar?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**7. Cuando usted o su familiar pidieron ayuda al equipo del hospicio, ¿con qué frecuencia recibieron la ayuda tan pronto como la necesitaban?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**8. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le explicaba las cosas de una manera fácil de entender?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**9. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le mantuvo informado acerca del estado de su familiar?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**10. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio trataba a su familiar con dignidad y respeto?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**11. ¿Con qué frecuencia sintió que al equipo del hospicio realmente le importaba su familiar?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**12. ¿El equipo del hospicio dio cuidado que respetaban los deseos de su familiar?**

- <sup>1</sup>  Sí, definitivamente  
<sup>2</sup>  Sí, más o menos  
<sup>3</sup>  No

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**13. ¿El equipo del hospicio hizo un esfuerzo para escuchar las cosas que eran más importantes para usted o su familiar?**

- <sup>1</sup>  Sí, definitivamente  
<sup>2</sup>  Sí, más o menos  
<sup>3</sup>  No

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**14. ¿Habló con el equipo del hospicio acerca de algún problema con el cuidado de su familiar?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- *A RESPONSE OF "NO" AT 14 SKIPS TO 16*
  - *STORE A VALUE OF "88" IN Q15]*

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**15. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó atentamente cuando usted le habló acerca de los problemas con el cuidado de su familiar?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**16. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿tuvo algún tipo de dolor?**

- 1  Sí
- 2  No

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- *A RESPONSE OF "NO" AT 16 SKIPS TO 18*
  - *STORE A VALUE OF "88" IN Q17]*

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**17. ¿Recibió su familiar toda la ayuda que necesitaba contra el dolor?**

- 1  Sí, definitivamente
- 2  Sí, más o menos
- 3  No

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**18. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿alguna vez tuvo su familiar dificultad para respirar o recibió tratamiento para su dificultad para respirar?**

- 1  Sí  
2  No

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- *A RESPONSE OF "NO" AT 18 SKIPS TO 20*
  - *STORE A VALUE OF "88" IN Q19]*

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**19. ¿Con qué frecuencia recibió su familiar la ayuda que necesitaba para su dificultad para respirar?**

- 1  Nunca  
2  A veces  
3  La mayoría de las veces  
4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**El cuidado de hospicio de su familiar**

---

**20. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿tuvo alguna vez problemas de estreñimiento?**

- 1  Sí  
2  No

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- *A RESPONSE OF "NO" AT 20 SKIPS TO 22*
  - *STORE A VALUE OF "88" IN Q21]*

**El cuidado de hospicio de su familiar**

21. ¿Con qué frecuencia recibió su familiar la ayuda que necesitaba para sus problemas de estreñimiento?

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

**El cuidado de hospicio de su familiar**

22. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿alguna vez, mostró su familiar ansiedad o tristeza?

- 1  Sí
- 2  No

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

- *A RESPONSE OF "NO" AT 22 SKIPS TO 24*
  - *STORE A VALUE OF "88" IN Q23]*

**El cuidado de hospicio de su familiar**

23. ¿Con qué frecuencia recibió su familiar la ayuda que necesitaba del equipo del hospicio para su ansiedad o tristeza?

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Su propia experiencia con el hospicio**

---

**24. Los equipos del hospicio pueden enseñarle cómo cuidar a familiares que necesitan medicinas para el dolor, tienen dificultades para respirar, están inquietos o agitados, o tienen otras necesidades de cuidado.**

**¿El equipo del hospicio le enseñó cómo atender a su familiar?**

- 1  Sí, definitivamente
- 2  Sí, más o menos
- 3  No
- 4  No necesité esta enseñanza

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Su propia experiencia con el hospicio**

---

**25. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó atentamente a usted?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Su propia experiencia con el hospicio**

---

**26. ¿El equipo del hospicio le dio toda la información que usted quería acerca de qué esperar mientras su familiar estuviera muriéndose?**

- 1  Sí, definitivamente
- 2  Sí, más o menos
- 3  No

ATRÁS

SIGUIENTE

**Su propia experiencia con el hospicio**

**27. El apoyo para las creencias religiosas, espirituales o culturales pueden incluir hablar, rezar, tiempo en silencio o respetar tradiciones.**

**Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿cuánto apoyo recibió del equipo del hospicio para sus creencias religiosas, espirituales o culturales?**

- 1  Muy poco
- 2  Justo el necesario
- 3  Demasiado

ATRÁS

SIGUIENTE

**Su propia experiencia con el hospicio**

**28. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿cuánto apoyo emocional recibió del equipo del hospicio?**

- 1  Muy poco
- 2  Justo el necesario
- 3  Demasiado

ATRÁS

SIGUIENTE

**Su propia experiencia con el hospicio**

**29. En las semanas después de la muerte de su familiar, ¿cuánto apoyo emocional recibió del equipo del hospicio?**

- 1  Muy poco
- 2  Justo el necesario
- 3  Demasiado

ATRÁS

SIGUIENTE

### Calificación general de los cuidados del hospicio

30. Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de [HOSPICE NAME]. No incluya cuidados de otros hospicios en sus respuestas.

Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor cuidado de hospicio posible y 10 el mejor cuidado de hospicio posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado que recibió su familiar de este hospicio?

- 0 Peor cuidado de hospicio posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor cuidado de hospicio posible

ATRÁS

SIGUIENTE

### Calificación general de los cuidados del hospicio

31. ¿Recomendaría este hospicio a sus amistades y familiares?

- 1 Definitivamente no
- 2 Probablemente no
- 3 Probablemente sí
- 4 Definitivamente sí

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Acerca de su familiar**

---

**32. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que completó su familiar?**

- 1  8 años de escuela o menos
- 2  9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
- 3  Graduado de la escuela secundaria (*high school*), diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- 4  Algunos cursos universitarios o título universitario de un programa de 2 años
- 5  Título universitario de 4 años
- 6  Título universitario de más de 4 años
- 7  No sé

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Acerca de su familiar**

---

**33. ¿Su familiar era de ascendencia u origen hispano, latino o español?**

- 1  No, ni hispano, ni latino, ni español
- 2  Sí, cubano
- 3  Sí, mexicano, mexicano-americano o chicano
- 4  Sí, puertorriqueño
- 5  Sí, de otro origen hispano, latino o español

ATRÁS

SIGUIENTE

## Acerca de su familiar

34. ¿A qué raza perteneció su familiar? Elija una o más.

- 1  Indígena americana o nativa de Alaska
- 2  Asiática
- 3  Negra o afroamericana
- 4  Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
- 5  Blanca

ATRÁS

SIGUIENTE

*[PROGRAMMING SPECIFICATION:*

*34 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

## Acerca de usted

35. ¿Qué edad tiene usted?

- 1  18 a 24
- 2  25 a 34
- 3  35 a 44
- 4  45 a 54
- 5  55 a 64
- 6  65 a 74
- 7  75 a 84
- 8  85 o más

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Acerca de usted**

---

**36. ¿Es usted hombre o mujer?**

- 1 Hombre
- 2 Mujer

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Acerca de usted**

---

**37. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?**

- 1 8 años de escuela o menos
- 2 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
- 3 Graduado de la escuela secundaria (*high school*), diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- 4 Algunos cursos universitarios o título universitario de un programa de 2 años
- 5 Título universitario de 4 años
- 6 Título universitario de más de 4 años

ATRÁS

SIGUIENTE

---

**Acerca de usted**

---

**38. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?**

- 1 Inglés
- 2 Español
- 3 Chino
- 4 Ruso
- 5 Portugués
- 6 Vietnamita
- 7 Polaco
- 8 Coreano
- 9 Otro idioma (por favor especifique): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

ATRÁS

SIGUIENTE

---

## Gracias

---

Gracias por completar la encuesta.

Por favor de hacer clic en “Enviar” para mandar sus respuestas.

**[ENVIAR]**

*Las preguntas 1 a 38 de esta encuesta son obras del gobierno de los Estados Unidos y son de dominio público y, por lo tanto, NO están sujetas a las leyes de los derechos de autor de los Estados Unidos.*



## **Sample Invitation Email for the CAHPS Hospice Survey - Spanish**

SUBJECT: Encuesta sobre cuidados de [HOSPICE NAME]

FROM: Personal de encuesta de hospicio < VENDOR EMAIL ADDRESS >

[OPTIONAL: HOSPICE OR VENDOR LOGO]

Estimado/a [SAMPLED CAREGIVER NAME],

Sabemos que este puede ser un momento difícil para usted y lamentamos su reciente pérdida. Esta es una encuesta importante sobre el cuidado que pacientes reciben de [HOSPICE NAME]. Usted está recibiendo esta encuesta porque ayudó con el cuidado de [DECEDENT NAME].

**Por favor tómese unos minutos para contarnos cómo [HOSPICE NAME] cuidó a su ser querido.** Medicare utiliza sus respuestas a esta encuesta para mejorar los cuidados de hospicio y ayudar a otros a elegir un hospicio.

Agradeceríamos enormemente su ayuda con esta encuesta. Por favor de hacer clic [aquí](#) [EMBEDDED LINK] para hacer la encuesta.

Es posible que sus respuestas se compartan con el hospicio con el fin de mejorar la calidad. Su participación en esta encuesta es voluntaria.

Para preguntas sobre esta encuesta, por favor de llamar a [VENDOR NAME] a este número gratis [TOLL FREE PHONE NUMBER]. Si desea ver cómo se utilizarán sus respuestas, las calificaciones de los hospicios se publican en el sitio web de Medicare Care Compare.

De nuevo, lamentamos mucho su pérdida.

Atentamente,  
[HOSPICE ADMINISTRATOR]  
[HOSPICE NAME]



## **Sample Reminder Email for the CAHPS Hospice Survey-Spanish**

SUBJECT: Recordatorio de la encuesta sobre cuidados de [HOSPICE NAME]

FROM: Personal de encuesta de hospicio < VENDOR EMAIL ADDRESS >

[OPTIONAL: HOSPICE OR VENDOR LOGO]

Estimado/a [SAMPLED CAREGIVER NAME],

Sabemos que este puede ser un momento difícil para usted y lamentamos su reciente pérdida. Hace unos días, le enviamos una encuesta para pedirle sus comentarios sobre sus experiencias con [HOSPICE NAME]. Le estamos enviando esta encuesta porque usted ayudó con el cuidado de [DECEDENT NAME].

**Este es un recordatorio amistoso de que estamos muy interesados en saber de usted.** Esperamos que nos ayude a aprender cómo [HOSPICE NAME] cuidó a su ser querido.

Por favor de hacer clic [aquí](#) [EMBEDDED LINK] para hacer la encuesta.

Es posible que sus respuestas se compartan con el hospicio con el fin de mejorar la calidad. Su participación en esta encuesta es voluntaria.

Para preguntas sobre esta encuesta, por favor de llamar a [VENDOR NAME] a este número gratis [TOLL FREE PHONE NUMBER]. Medicare utiliza sus respuestas a esta encuesta para mejorar los cuidados de hospicio y ayudar a otros a elegir un hospicio. Si desea ver cómo se utilizarán sus respuestas, las calificaciones de los hospicios se publican en el sitio web de Medicare Care Compare.

Gracias por tomarse el tiempo para mejorar los cuidados de hospicio. De nuevo, lamentamos mucho su pérdida.

Atentamente,  
[HOSPICE ADMINISTRATOR]  
[HOSPICE NAME]

