

**CAHPS® Survey for Accountable Care  
Organizations (ACOs)  
Participating in Medicare Initiatives**

**2019 CAHPS for ACOs Survey Initial Cover Letter  
(Spanish)**

**2019 CAHPS for ACOs Survey**  
**INITIAL COVER LETTER – Spanish**

[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 una persona con 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 pueda confiar. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia federal que administra el programa de Medicare. Para ayudar a que CMS monitoree la calidad de la atención disponible a través de Medicare, ellos necesitan obtener información directamente de las personas que tienen Medicare acerca de la atención que reciben.

CMS está realizando una encuesta que pregunta acerca de un proveedor específico que usted visitó, y sus experiencias en los últimos 6 meses. [VENDOR NAME] está trabajando con CMS para llevar a cabo esta encuesta y usted fue seleccionado al azar entre las personas que tienen Medicare para realizar esta encuesta. Debería tomarle alrededor de 13 minutos para completarla. La exactitud de los resultados depende de que obtengamos respuestas de usted y de las otras personas con Medicare que han sido seleccionadas para esta encuesta.

Su información está protegida por la ley federal de Estados Unidos, y mantendremos sus respuestas a la encuesta y toda su información confidenciales. No compartiremos su información con nadie que no sea parte de las personas autorizadas en CMS. No compartiremos su encuesta completada con ninguno de sus proveedores de atención médica. **Usted no está obligado a 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.**

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, llámenos gratis al [VENDOR NUMBER], de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. [VENDOR TIME ZONE]. Gracias de antemano por su participación.

Atentamente,

[SIGNED BY SENIOR LEADER AT VENDOR ORGANIZATION]