

«CaseID»

«Mail_Date»

«FirstName» «LastName»
«Address1»
«Address2»
«City_Name», «State_Code» «ZipCode»

Dear «FirstName» «LastName» or Family Member:

We understand that «FirstName» «LastName» was recently a patient at «Facility_Name». The enclosed survey asks about the experiences the patient had prior to leaving the facility on «Discharge_Date». We hope that you will take a few minutes to complete and return the questionnaire in the enclosed, postage-paid envelope.

When answering the questions, please consider the stay at «Facility_Name» prior to leaving on «Discharge_Date». Do not answer questions based on other stays the patient might have had at either this facility or another. If the patient needs assistance reading or answering the questions, someone may assist him/her. If the patient is not able to complete the survey, we ask that a family member or caregiver familiar with the patient's stay at «Facility_Name» complete the survey.

All information you provide will be confidential. Your name, address, or any identifying information will not be linked to your responses. You do not have to participate in this survey. Your participation is voluntary and will not affect any health care benefits you receive.

If you have any questions about the survey, please call CONTACT NAME toll-free at TOLL FREE NUMBER. Thank you in advance for your participation. Si desea recibir la versión de la encuesta en español, por favor llame al TOLL FREE NUMBER.

Sincerely,

NAME
TITLE, ORGANIZATION

«CaseID»

«CaseID»

«Mail_Date»

«FirstName» «LastName»

«Address1»

«Address2»

«City_Name», «State_Code» «ZipCode»

Estimado(a) «FirstName» «LastName» o miembro de la familia,

Tenemos entendido que «FirstName» «LastName» fue un paciente hace poco en «Facility_Name». La encuesta que se adjunta pregunta sobre las experiencias que tuvo el paciente antes de salir el «Discharge_Date». Esperamos que tome unos minutos para completar el cuestionario y enviarlo de regreso en el sobre adjunto pre-pagado que no necesita estampa.

Al responder a las preguntas, por favor, considere la estancia en «Facility_Name» antes de salir el «Discharge_Date». No responda a las preguntas basadas en otras veces que el paciente se haya quedado en este centro o en otro lugar. Si el paciente necesita ayuda para leer o responder las preguntas, alguien le puede ayudar. Si el paciente no puede completar la encuesta, le pedimos que un miembro de la familia o cuidador que esté familiarizado con la estancia del paciente en «Facility_Name» complete la encuesta.

Esta es una encuesta confidencial. Su nombre, dirección y cualquier otra información de identidad no se asociarán con sus respuestas. No es obligatorio participar en esta encuesta. Su participación es voluntaria y no afectará a ninguno de los beneficios de atención médica que usted recibe.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a la CONTACT NAME al número gratuito TOLL FREE NUMBER. Le agradecemos de antemano por su participación. (If you want to receive the English survey version, please call TOLL FREE NUMBER.)

Atentamente,

NAME

TITLE, ORGANIZATION

«CaseID»