

Sample Notification Letters and Emails for the CAHPS® Cancer Care Survey

This document contains sample letters, emails, and reminder postcards that you can customize to suit your survey project. These letters and emails have been adapted from actual materials used by organizations that field test CAHPS surveys. The text also reflects findings from consumer testing conducted by the CAHPS research team. Sponsors and vendors are urged to use these letters and/or emails, as they are a critical part of the survey protocol. In addition, the instructions provided in this document offer helpful tips for achieving target response rates.

Instructions for Customizing Letters and Emails	1
English Letter and Emails:	
Mail Survey: Initial Letter	3
Mail Survey: First Reminder	4
Mail Survey: Second Reminder	5
Telephone Survey: Advance Letter	6
Online Survey: Initial Email	7
Online Survey: First Reminder Email	8
Online Survey: Second Reminder Email	9
Spanish Letters and Emails:	
Mail Survey: Initial Letter	10
Mail Survey: First Reminder	11
Mail Survey: Second Reminder	12
Telephone Survey: Advance Letter	13
Online Survey: Initial Email	14
Online Survey: First Reminder Email	15
Online Survey: Second Reminder Email	16

Documents Available for the CAHPS Cancer Care Survey

This document is part of a set of instructional materials that address implementing the Cancer Care Survey, analyzing the data, and reporting the results. All documents are available on the [Agency for Healthcare Research and Quality's Web site](#). For assistance in accessing these documents, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or cahps1@westat.com.

For descriptions of these documents, refer to *What's Available for the CAHPS Cancer Care Survey*.

Available for the Cancer Care Survey:

Questionnaires

- *CAHPS Cancer Care Survey* (English and Spanish)
 - *Radiation Therapy Survey*
 - *Drug Therapy Survey*
 - *Cancer Surgery Survey*

Supplemental Items

- *Supplemental Items for the CAHPS Cancer Care Survey*

Survey Administration Guidelines

- *Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Cancer Care Survey*
- *Fielding the CAHPS Cancer Care Survey*
- *Sample Notification Letters and Emails for the CAHPS Cancer Care Survey*

Reporting Measures and Guidelines

- *Patient Experience Measures from the CAHPS Cancer Care Survey*

Available for all CAHPS surveys:

- [Analyzing CAHPS Survey Data](#): Free programs for analyzing the data, guidance on preparing survey results for analysis, and instructions for using the CAHPS Analysis Program.
- [Translating Surveys and Other Materials](#): Guidelines for translating surveys and selecting translators and translation reviewers.

Instructions for Customizing Letters and Emails

The sample letters, postcards, and emails that follow have been provided to help you draft your own material. The following tips can help you customize the text to suit your particular needs:

1. If possible, **personalize the letter and/or email**. Whether you use a salutation with a Mr./Ms. or “first name, last name” depends on how the sample files have been maintained. Respondents are more likely to complete the survey when they receive a personalized letter rather than a survey addressed to them as “Dear Patient.”
2. **Briefly describe what is asked in the survey**. Providing a short set of bullets corresponding to the main topics helps respondents anticipate how the survey will relate to their own experiences.
3. **Include a sentence or two on how the results will be used**. This provides the respondent with a concrete reason for participating in the survey.
4. The sample letter and/or email indicates the time required to complete the survey. Please **fill in the amount of time needed for your CAHPS questionnaire**. On average, the core survey takes approximately 20 minutes. Adding supplemental questions will increase this time. We recommend that you test your survey to determine the time needed to complete it.
5. **Reassure respondents that their privacy will be respected**. To allay respondents’ concerns about who will see their responses and how data will be shared, include a statement about the confidentiality of individual survey data and the use of de-identified data only.
6. If you have an institutional review board (IRB) that reviews research involving human subjects, **customize the letter and email text as appropriate** to meet the requirements of the IRB.

Instructions Specific to Mail and Telephone Surveys

1. **Print the letter on the sponsor’s letterhead** so that the respondent can easily identify the source of the survey. Letterhead also lends the study credibility and has a note of authority.
2. **Send a reminder postcard or letter after the initial mailing**. Use of a reminder postcard is a cost-effective way to increase response rates. Many IRBs do not allow for health information to be on the postcard, so be careful not to reference care that the patient has received. Also, some

organizations do not allow a postcard to be used as a reminder but will permit the use of a letter reminder. If you choose to send a letter reminder, you can use the second reminder letter as a template.

Instructions Specific to Online Surveys

1. **Send an email invitation to complete the survey.** If administering the survey online, send the respondent an email invitation to complete the survey. Few respondents complete surveys online when given a Web site address and password in a mailed letter.
2. **Use a short and direct subject line for the email.** The following subject line is recommended:

“Your care from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]”

3. **Send the messages from an email address that references the sponsor’s organization** so that the respondent can easily identify the source of the survey. The survey sponsor can be the practice itself or a larger organization conducting the survey on behalf of the practice. Response rates are higher when the respondent is accustomed to receiving email communication from the sponsor. It is also less likely that the email survey invitation will be tagged as junk email or spam

Mail Survey: Initial Letter

Letter with first survey mailing

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME],

Our records show that you received care from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] in the last 6 months. We want to hear about your recent care. For example, we want to know:

- How easy it was for you to get appointments.
- How clearly your health care providers explained things to you.
- Whether your health care providers talked with you about symptoms or side effects.

Only you can tell us about these experiences.

We are particularly interested in health care related to the treatment of cancer. If you feel a survey about cancer care does not apply to you, or that you were selected by mistake, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX.

We will keep your answers private. Your identity will not be linked to your responses and your survey will not be returned to your doctors. Your answers to the survey will be combined with those of other people to create a complete picture of patients' experiences with [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. We will review the results of the survey carefully to understand how we are doing and how we could improve the delivery of care.

It will take about 20 minutes to answer the questions in this survey. You do not have to participate in the survey, but we hope you take the opportunity to tell us about your experiences. The accuracy of the results depends on getting answers from you and other people selected for this survey. If you choose not to participate, this will not affect the health care you receive from this facility.

Please return the completed survey in the enclosed postage-paid envelope. If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX. You can also call this number if you feel a survey about cancer care does not apply to you, that you were selected by mistake, or you do not wish to participate in the survey. Thank you for helping to make health care at [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] better for everyone.

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Mail Survey: First Reminder

Postcard or letter

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME],

Recently, we sent you a survey. We want to hear about your experiences receiving care from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] to learn how we can improve the care we provide to patients like you. It will take about 20 minutes to answer the questions.

When you have completed the survey, please mail it back in the postage-paid envelope that came with it.

If you have already sent back a completed survey, thank you!

If you did not receive the survey or have lost it, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX.

Thank you,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXX.

Mail Survey: Second Reminder

Letter with second survey mailing to nonrespondents

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME],

We want to hear about your experiences receiving care from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. Hearing about your experiences will help us learn how we are doing and how we can improve the care we provide to patients like you. Recently, we sent you a survey. If you have already sent back a completed survey, thank you! **If you have not yet responded, please complete the enclosed survey now.** It will take about 20 minutes to answer the questions.

For example, we want to know:

- How easy it was for you to get appointments.
- How clearly your health care providers explained things to you.
- Whether your health care providers talked with you about symptoms or side effects.

We will keep your answers private. Your identity will not be linked to your responses and your survey will not be returned to your doctors. Your answers to the survey will be combined with those of other people to create a complete picture of patients' experiences with [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. We will review the results of the survey carefully to understand how we are doing and how we could improve the delivery of care.

You do not have to participate in the survey, but we hope you take the opportunity to tell us about your experiences. The accuracy of the results depends on getting answers from you and other people selected for this survey. If you choose not to participate, this will not affect the health care you receive from this facility.

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX. Thank you for helping to make health care at [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] better for everyone.

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Telephone Survey: Advance Letter

Letter prior to telephone interview

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME],

Our records show that you received care from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] in the last 6 months. We want to hear about your recent care. For example, we want to know:

- How easy it was for you to get appointments
- How clearly your health care providers explained things to you
- Whether your health care providers talked with you about possible side effects

Only you can tell us about these experiences.

We are particularly interested in health care related to the treatment of cancer. If you feel a survey about cancer care does not apply to you, or that you were selected by mistake, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX.

Someone from [SURVEY VENDOR] will call you soon to ask you to take part in a telephone interview. To get accurate results, we need to get answers from you and other people we ask to take part in this survey. The interview will take about 20 minutes, and we hope you will take the time to answer our questions.

We will keep your answers private. Your identity will not be linked to your responses and your responses will not be shared with your doctors. Your answers to the survey will be combined with those of other people to create a complete picture of patients' experiences with [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY].

You do not have to participate in the survey, but we hope you take the opportunity to tell us about your experiences. The accuracy of the results depends on getting answers from you and other people selected for this survey. If you choose not to participate, this will not affect the health care you receive from this facility.

If you have any questions, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX. Thank you for helping to make health care at [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] better for everyone.

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Online Survey: Initial Email

[Include direct link to survey](#)

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME]

Our records show that you received care from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] in the last 6 months. We want to hear about your recent care. For example, we want to know:

- How easy it was for you to get appointments.
- How clearly your health care providers explained things to you.
- Whether your health care providers talked with you about possible side effects.

Click the following link to be directed to the survey: [LINK TO SURVEY]. You will need a user name and password to submit your survey responses.

User Name:

Password:

It will take about 20 minutes to answer the questions. We will keep your answers private. Your identity will not be linked to your responses and your survey will not be returned to your doctors. We will review the results of the survey carefully to understand how we are doing and how we could improve the delivery of care.

You do not have to participate in the survey, but we hope you take the opportunity to tell us about your experiences. The accuracy of the results depends on getting answers from you and other people selected for this survey.

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX. You can also call this number if you feel a survey about cancer care does not apply to you, that you were selected by mistake, or you do not wish to participate in the survey. Thank you for helping to make health care at [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] better for everyone.

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Online Survey: First Reminder Email

[Include direct link to survey](#)

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME]

We recently sent you an email asking you to participate in a survey about the care you received from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. We haven't heard from you, but we still want to know about your experiences.

Click the following link to be directed to the survey: [LINK TO SURVEY]. You will need a user name and password to submit your survey responses.

User Name:

Password:

It will take about 20 minutes to answer the questions. We will keep your answers private. Your identity will not be linked to your responses and your responses will not be shared with your doctors. We will review the results of the survey carefully to understand how we are doing and how we could improve the delivery of care.

You do not have to participate in the survey, but the accuracy of the results depends on getting answers from you and other people selected for this survey.

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX. You can also call this number if you feel a survey about cancer care does not apply to you, that you were selected by mistake, or you do not wish to participate in the survey. Thank you for helping to make health care at [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] better for everyone.

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Online Survey: Second Reminder Email

Include direct link to survey

Dear [Mr./Ms.] [LAST NAME]

We recently sent you an email asking you to participate in a survey about the care you received from [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY].

- **If you have already completed the survey, thank you very much for your help.** You can disregard the rest of this message.
- If you have not yet completed the survey, we would greatly appreciate you taking the time to respond using the link below.

Click the following link to be directed to the survey: [LINK TO SURVEY]. You will need a user name and password to submit your survey responses.

User Name:

Password:

It will take about 20 minutes to answer the questions. We will keep your answers private. Your identity will not be linked to your responses and your responses will not be shared with your doctors. We will review the results of the survey carefully to understand how we are doing and how we could improve the delivery of care.

You do not have to participate in the survey, but the accuracy of the results depends on getting answers from you and other people selected for this survey.

If you have any questions about this survey, please call [CONTACT NAME] at XXX-XXX-XXXX. You can also call this number if you feel a survey about cancer care does not apply to you, that you were selected by mistake, or you do not wish to participate in the survey. Thank you for helping to make healthcare at [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] better for everyone.

Sincerely,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Nota: Si quiere un cuestionario en español, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Mail Survey: Initial Letter

Letter with first survey mailing

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME],

Según nuestros registros, usted recibió atención médica en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] en los últimos 6 meses. Nos gustaría conocer sus experiencias recientes al recibir atención médica. Por ejemplo, deseamos saber:

- la facilidad o dificultad que tuvo para conseguir citas.
- con cuánta claridad le explicaron las cosas los profesionales médicos que lo/a atendieron.
- si los profesionales médicos hablaron con usted sobre síntomas o efectos secundarios.

Únicamente usted nos puede contar sobre estas experiencias.

Tenemos especial interés en la atención médica relacionada con el tratamiento de cáncer. Si usted cree que una encuesta sobre el tratamiento del cáncer no es aplicable a usted o que fue seleccionado/a por error, llame a [CONTACT NAME] al(XXX) [XXX-XXXX].

Mantendremos la privacidad de sus respuestas. No se hará ninguna conexión entre sus respuestas y su identidad. Además, los profesionales médicos que lo/a atendieron no recibirán su encuesta. Sus respuestas a la encuesta se combinarán con las de otras personas para crear un resumen de las experiencias de los pacientes de [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. Estudiaremos los resultados de la encuesta para entender cómo los pacientes están recibiendo la atención médica ofrecida y determinar cómo podemos mejorarla.

Contestar las preguntas de esta encuesta le tomará unos 20 minutos. Usted no tiene ninguna obligación de participar en la encuesta. Esperamos que aproveche la oportunidad para contarnos sus experiencias. La exactitud de los resultados depende de si podemos obtener las respuestas de usted y de las demás personas que fueron seleccionadas para participar en la encuesta. Si decide no participar en la encuesta, esto no afectará la atención médica que usted recibe en este centro.

Una vez que haya contestado la encuesta, por favor envíela por correo en el sobre con el franqueo pagado que venía con la encuesta. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número si cree que una encuesta sobre el cáncer no es aplicable a usted, que fue seleccionado/a por error o si no desea participar en la encuesta. Le agradecemos su colaboración en este esfuerzo por mejorar los servicios de salud de [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para todos.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Mail Survey: First Reminder

Postcard or letter

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME],

Hace poco le enviamos una encuesta. Deseamos conocer sus experiencias al recibir atención médica en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para saber cómo podemos mejorar la atención médica ofrecida a pacientes como usted. Contestar las preguntas le tomará unos 20 minutos.

Una vez que haya contestado la encuesta, por favor envíela por correo en el sobre con el franqueo pagado que venía con la encuesta.

Si ya envió su encuesta completada, ¡muchas gracias!

Si no recibió la encuesta o si la perdió, llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX].

Muchas gracias,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Mail Survey: Second Reminder

Letter with second survey mailing to nonrespondents

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME],

Deseamos conocer sus experiencias al recibir atención médica en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. Conocer sus experiencias nos ayudará a entender cómo los pacientes están recibiendo la atención médica ofrecida y determinar cómo podemos mejorarla. Hace poco le enviamos una encuesta. Si ya envió su encuesta completada, ¡muchas gracias! **Si no ha respondido aún, favor de completar la encuesta que se incluye ahora.** Contestar las preguntas le tomará unos 20 minutos.

Por ejemplo, deseamos saber:

- la facilidad o dificultad que tuvo para conseguir citas.
- con cuánta claridad le explicaron las cosas los profesionales médicos que lo/a atendieron
- si los profesionales médicos hablaron con usted sobre síntomas o efectos secundarios.

Mantendremos la privacidad de sus respuestas. No se hará ninguna conexión entre sus respuestas y su identidad. Además, los profesionales médicos que lo/a atendieron no recibirán su encuesta. Sus respuestas a la encuesta se combinarán con las de otras personas para crear un resumen de las experiencias de los pacientes con [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. Estudiaremos los resultados de la encuesta para entender cómo los pacientes están recibiendo la atención médica ofrecida y determinar cómo podemos mejorarla.

Usted no tiene ninguna obligación de participar en la encuesta. Esperamos que aproveche la oportunidad para contarnos sus experiencias. La exactitud de los resultados depende de si podemos obtener las respuestas de usted y de las demás personas que fueron seleccionadas para participar en la encuesta. Si decide no participar en la encuesta, esto no afectará la atención médica que usted recibe en este centro.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Le agradecemos su colaboración en este esfuerzo por mejorar los servicios de salud de [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para todos.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Telephone Survey: Advance Letter

Letter prior to telephone interview

FIRST AND LAST NAME
LINE ONE OF ADDRESS
LINE TWO OF ADDRESS
CITY, STATE ZIP

[DATE]

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME],

Según nuestros registros, usted recibió atención médica en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] en los últimos 6 meses. Nos gustaría conocer sus experiencias recientes al recibir atención médica. Por ejemplo, deseamos saber:

- la facilidad o dificultad que tuvo para conseguir citas.
- con cuánta claridad le explicaron las cosas los profesionales médicos que lo/a atendieron.
- si los profesionales médicos hablaron con usted sobre los posibles efectos secundarios.

Únicamente usted nos puede contar sobre estas experiencias.

Tenemos especial interés en la atención médica relacionada con el tratamiento de cáncer. Si usted cree que una encuesta sobre el tratamiento del cáncer no es aplicable a usted o que fue seleccionado/a por error, llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX].

Un entrevistador de [SURVEY VENDOR] le va a llamar pronto para pedirle que participe en una entrevista por teléfono. Para obtener resultados exactos, necesitamos que usted y las demás personas que seleccionemos participen en la encuesta. La entrevista va a tomar unos 20 minutos, y esperamos que se tome el tiempo de contestar nuestras preguntas.

Mantendremos la privacidad de sus respuestas. No se hará ninguna conexión entre sus respuestas y su identidad. Además, los profesionales médicos que lo/a atendieron no recibirán su encuesta. Sus respuestas a la encuesta se combinarán con las de otras personas para crear un resumen de las experiencias de los pacientes en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY].

Usted no tiene ninguna obligación de participar en la encuesta. Esperamos que aproveche la oportunidad para contarnos sus experiencias. La exactitud de los resultados depende de si podemos obtener las respuestas de usted y de las demás personas que fueron seleccionadas para participar en la encuesta. Si decide no participar en la encuesta, esto no afectará la atención médica que usted recibe en este centro.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, favor de llamar a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. Le agradecemos su colaboración en este esfuerzo por mejorar los servicios de salud de [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para todos.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Online Survey: Initial Email

[Include direct link to survey](#)

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME]

Según nuestros registros, usted recibió atención médica en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] en los últimos 6 meses. Nos gustaría conocer sus experiencias recientes al recibir atención médica. Por ejemplo, deseamos saber:

- la facilidad o dificultad que tuvo para conseguir citas.
- con cuánta claridad le explicaron las cosas los profesionales médicos que lo/a atendieron.
- si los profesionales médicos hablaron con usted sobre los posibles efectos secundarios.

Haga clic en el siguiente enlace para ir a la encuesta: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y contraseña para completar la encuesta.

Nombre de usuario:

Contraseña:

Contestar las preguntas le tomará unos 20 minutos. Mantendremos la privacidad de sus respuestas. No se hará ninguna conexión entre sus respuestas y su identidad. Además, los profesionales médicos que lo/a atendieron no recibirán su encuesta. Estudiaremos los resultados de la encuesta para entender cómo los pacientes están recibiendo la atención médica ofrecida y determinar cómo podemos mejorarla.

Usted no tiene ninguna obligación de participar en la encuesta. Esperamos que aproveche la oportunidad para contarnos sus experiencias. La exactitud de los resultados depende de si podemos obtener las respuestas de usted y de las demás personas que fueron seleccionadas para participar en la encuesta.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a [CONTACT NAME] al (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número si cree que una encuesta sobre el cáncer no es aplicable a usted, que fue seleccionado/a por error o si no desea participar en la encuesta. Le agradecemos su colaboración en este esfuerzo por mejorar los servicios de salud de [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para todos.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Online Survey: First Reminder Email

[Include direct link to survey](#)

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME]

Hace poco le enviamos un correo electrónico pidiéndole que participara en una encuesta sobre la atención médica que recibió en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY]. No hemos recibido ninguna comunicación de usted y aún deseamos conocer sus experiencias.

Haga clic en el siguiente enlace para ir a la encuesta: [LINK TO SURVEY]. Necesitará un nombre de usuario y contraseña para completar la encuesta.

Nombre de usuario:

Contraseña:

Contestar las preguntas le tomará unos 20 minutos. Mantendremos la privacidad de sus respuestas. No se hará ninguna conexión entre sus respuestas y su identidad. Además, sus médicos no recibirán su encuesta. Revisaremos con atención los resultados de la encuesta para entender cómo los pacientes están recibiendo la atención médica ofrecida y determinar cómo podemos mejorarla.

Usted no tiene ninguna obligación de participar en la encuesta, pero la exactitud de los resultados depende de si podemos obtener las respuestas de usted y de las demás personas que fueron seleccionadas para participar en la encuesta.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número si cree que una encuesta sobre el cáncer no es aplicable a usted, que fue seleccionado/a por error o si no desea participar en la encuesta. Le agradecemos su ayuda a mejorar los servicios de salud de [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para todos.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]

Online Survey: Second Reminder Email

[Include direct link to survey](#)

Estimado/a {Sr./Sra.} [LAST NAME]

Hace poco le enviamos un correo electrónico pidiéndole que participara en una encuesta sobre la atención médica que recibió en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY].

- **Si ya envió su encuesta completada, le agradecemos muchísimo su ayuda.**
Puede ignorar el resto de este mensaje.
- Si aún no ha completado la encuesta, se lo agradeceríamos muchísimo que tomara un momento para completarla usando el enlace a continuación.

Haga clic en el siguiente enlace para ir a la encuesta: [LINK TO SURVEY].

Necesitará un nombre de usuario y contraseña para completar la encuesta.

Nombre de usuario:

Contraseña:

Contestar las preguntas le tomará unos 20 minutos. Mantendremos la privacidad de sus respuestas. No se hará ninguna conexión entre sus respuestas y su identidad. Además, sus médicos no recibirán su encuesta. Revisaremos con atención los resultados de la encuesta para entender cómo los pacientes están recibiendo la atención médica ofrecida y determinar cómo podemos mejorarla.

Usted no tiene ninguna obligación de participar en la encuesta, pero la exactitud de los resultados depende de si podemos obtener las respuestas de usted y de las demás personas que fueron seleccionadas para participar en la encuesta.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame a [CONTACT NAME] en el (XXX) [XXX-XXXX]. También puede llamar a este número si cree que una encuesta sobre el cáncer no es aplicable a usted, que fue seleccionado/a por error o si no desea participar en la encuesta. Le agradecemos por ayudar a mejorar la atención médica en [NAME OF CANCER CENTER/FACILITY] para todos.

Atentamente,

[NAME OF PERSON REPRESENTING CANCER CENTER/FACILITY]