

<HP NAME>

C/O DataStat, Inc.
3975 Research Park Drive
Ann Arbor MI 48108

*****AUTO**SCH 5-DIGIT 53562

• 1 #

|||||

<FIRST NAME> <LAST NAME>

<ADDRESS 1>

<ADDRESS 2>

<CITY> <STATE> <ZIP10>

Si usted prefiere leer esta carta en español, por favor lea la parte de atrás de la misma.

Dear <FIRST NAME> <LAST NAME>,

How can «Practice Name» serve you better? Our records show that you got care from «clfname» «cllname», «clcred» in the last 6 months. The survey in this package gives you the chance to tell us what you think about the care and service you received from «clfname» «cllname», «clcred».

We are committed to providing you with the best quality health care available, and your input will help us achieve this goal. This brief survey should take less than 10 minutes of your time.

The information you provide will be kept **private and confidential**. Your health care provider will not see your answers matched with your name.

After you complete the survey, please send it back in the enclosed pre-paid envelope. Call 1-888-506-5135 if you have any questions.

Your participation in the survey is voluntary; however, the more patients who complete the survey, the more useful the results will be.

Thank you for helping to make health care at «Practice Name» better for everyone!

Sincerely,

[Signature]

<PRACTICE REPRESENTATIVE NAME>
<PRACTICE REPRESENTATIVE TITLE>



If you would prefer to read this cover letter in English, please turn the page over.

¿Cómo podemos atenderlo/a mejor a usted? Nuestros registros muestran que usted recibió atención de su médico de clínica en los últimos 6 meses. La encuesta incluida en este paquete le brinda la oportunidad de compartir su opinión sobre la atención y el servicio que recibió de nuestro consultorio médico.

Nuestro compromiso es darle la más alta calidad de atención médica disponible y su opinión nos ayudará a lograr este objetivo. Esta breve encuesta no le debería tomar más de 10 minutos de su tiempo. Si le gustaría tomar esta encuesta en español, por favor llame al 1-888-506-5135 sin cobrar.

La información que usted brinde será privada y confidencial. Su proveedor de atención médica no verá las respuestas relacionadas con su nombre.

Luego de completar la encuesta, envíela en el sobre prepago adjunto. Llame al 1-888-506-5135 si tiene alguna duda.

Su participación en la encuesta es voluntaria; sin embargo, cuantos más pacientes completen la encuesta, más útiles serán los resultados.

¡Gracias por ayudar a hacer que la atención médica en su consultorio médico sea mejor para todos!