

Instrumento para la recopilación de datos sobre ambulancias terrestres de Medicare

7 de noviembre de 2022

Al final del documento encontrará un resumen de las aclaraciones y los cambios introducidos en el Instrumento para la recopilación de datos sobre ambulancias terrestres de Medicare con respecto a las versiones anteriores.

NOTA: **Para mejorar la compresión del documento, todas las notas de programación, indicaciones para saltar a otras secciones y anotaciones se indican entre paréntesis.** Este texto no aparecerá en el instrumento de recopilación de datos programado, pero se incluye en esta versión para indicar las funciones previstas del instrumento programado. La redacción de los puntos, las definiciones y las opciones de respuestas para el encuestado aparecen en letra negra. El instrumento programado puede incluir verificaciones programadas adicionales, confirmaciones, instrucciones, mensajes de advertencia, etc., que van más allá de las anotaciones de esta versión imprimible del instrumento.

Índice de contenidos

1	Instrucciones generales de la encuesta	1
2	Características de la organización	2
3	Área de servicio	6
4	Tiempo de respuesta en emergencias	7
5	Volumen del servicio de ambulancia terrestre	8
6	Mezcla de servicios	11
7	Costos laborales	13
7.1	Compensación y horas trabajadas pagadas de EMT/personal de respuesta.....	16
7.2	Compensación y horas trabajadas pagadas de la administración, personal en las instalaciones y del director médico	22
7.3	Trabajo voluntario	28
8	Costos de las instalaciones	31
8.1.	Información sobre las instalaciones	31
8.2.	Alquiler anual, hipoteca y otros costos de titularidad de las instalaciones	32
8.3.	Seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos	33
9	Costos de los vehículos	34
9.1.	Costos de los vehículos de la ambulancia terrestre	34
9.2.	Otros costos de vehículos (no de ambulancias)	37
9.3.	Otros costos asociados a los vehículos	39
10	Costos de equipamiento, consumibles y suministros	40
10.1.	Equipo/suministros médicos	41
10.2.	Equipos/suministros no médicos	42
11	Otros costos	43
12	Costo total	46
13	Ingresos	46
	Notas de la versión	51

Instrumento para la recopilación de datos sobre ambulancias terrestres para imprimir

1 Instrucciones generales para la encuesta

La Sección 50203(b) de la Ley del Presupuesto Bipartidista (BBA, por sus siglas en inglés) de 2018 (Ley Pública 115-123) agregó el párrafo (17) a la sección 1834 (l) de la Ley del Seguro Social (la Ley). Esta sección requiere que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) desarrolle un sistema de recopilación de datos para recopilar información sobre costos, ingresos, utilización y otra información de los proveedores y suministradores de servicios de ambulancia terrestre ("organizaciones de ambulancia terrestre"). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han desarrollado este instrumento de recopilación de datos para recopilar esta información. La información recopilada se analizará para evaluar la adecuación de los pagos de Medicare por los servicios de ambulancia terrestre.

De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR §414.626, su organización de ambulancias terrestres ha sido seleccionada para presentar los datos solicitados en este instrumento de recopilación de datos. Si no recopila suficientemente los datos durante el período de recopilación de datos, e informar suficientemente los datos durante el período de declaración de datos aplicable, recibirá una notificación por escrito de que recibirá una reducción de pago según la sección 414.610(c)(9).

Este instrumento de recopilación de datos incluye preguntas detalladas sobre las características, los servicios, los costos de las ambulancias terrestres (en la tierra y en el agua) y los ingresos de su organización. Las preguntas se refieren generalmente a los costos totales de las ambulancias terrestres, los ingresos y el volumen de servicios de su organización, y no sólo a la parte de los costos, los ingresos y el volumen relacionados con los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare. Los datos específicos de la organización recopilados mediante esta iniciativa no se publicarán.

Si su organización facturó a Medicare por servicios de ambulancia terrestre bajo múltiples Números de Registros Nacionales de Proveedores (NPI, por sus siglas en inglés) durante su período de recopilación de datos, el instrumento de recopilación de datos especificará el NPI para el cual CMS está solicitando datos. **En este caso, el término "organización de ambulancias terrestres" se refiere al NPI para el que CMS está solicitando datos.**

Debe notificar la información que cubra un período de recopilación de datos de 12 meses continuos. Este período comienza en la fecha en que su organización informó previamente a un Contratista Administrativo de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) designado o a los CMS. El período de recopilación de datos de 12 meses continuos para su organización abarca desde **[INSERTAR FECHA DE INICIO]** hasta **[INSERTAR FECHA FINAL]**.

El instrumento de recopilación de datos consta de 13 secciones. El tiempo dedicado a recopilar los datos necesarios para completar el instrumento de recopilación de datos variará en función de los sistemas de contabilidad y registro de su organización. Los CMS prevén que se necesitarán hasta 20 horas para revisar las instrucciones y recopilar los datos necesarios y otras 3 horas para insertar, revisar y enviar la información.

En general, podrá reportar la información recopilada bajo las prácticas contables estándar de su organización durante su período de recolección de datos. Los CMS entiende que algunas organizaciones de ambulancias terrestres utilizan una contabilidad basada en el devengo, mientras que otras utilizan una contabilidad basada en el efectivo. Por favor, siga las instrucciones de cada sección del instrumento.

Los CMS quieren asegurarse de obtener un panorama completo del costo de funcionamiento de los

servicios de ambulancia terrestre en su organización de ambulancia terrestre. Si su organización forma parte de un gobierno municipal o de una entidad más grande que pagaba ciertos gastos de las ambulancias terrestres (por ejemplo, si su municipio paga el alquiler, las prestaciones, el combustible o el despacho), debe reportar la información sobre estos gastos. Esto se aplica sólo en los casos en los que sea dueño o administrador o tiene una sociedad o empresa conjunta con la entidad que cubre los gastos de su operación de ambulancia terrestre. En otros casos, no calcule ni reporte el valor de los vehículos, suministros, equipos u otros recursos o mano de obra donados utilizados en su operación de ambulancia terrestre. Por ejemplo, si su hospital local le proporcionó medicamentos sin costo alguno, pero usted no es una organización de ambulancia terrestre basada en un hospital, entonces no reporte el gasto asociado con los medicamentos donados.

Los CMS recomiendan utilizar una versión impresa del instrumento de recopilación de datos y luego introducir la información en el instrumento de recopilación de datos en línea cuando se haya recopilado toda la información. Una copia imprimible del instrumento de recolección de datos está disponible en: [\[INSERTAR ENLACE\]](#).

Su organización debe comunicar la información requerida antes de [\[INSERTAR FECHA\]](#), es decir, cinco meses después del final de su período de recopilación de datos. Puede introducir la información requerida en varias sesiones. El sistema guardará sus respuestas después de cada pantalla, o cada vez que pulse el botón “Guardar” en la parte inferior de su pantalla. Cuando vuelva a conectarse más tarde, podrá continuar donde lo dejó. Después de introducir toda la información requerida, un Certificador de su organización revisará toda la respuesta y solicitará cambios o certificará la información. *[Nota: Esta instrucción se actualizará para reflejar las capacidades del instrumento programado]*. Para obtener más información sobre cómo completar el instrumento, imprimir sus respuestas y a quién contactar si tiene preguntas, [haga clic aquí para obtener ayuda \[INSERTAR ENLACE\]](#).

2 Características de la organización

Los CMS están interesados en saber más sobre su organización de ambulancias terrestres y cómo recopiló los datos relacionados con los costos e ingresos durante el período de recopilación de datos. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a garantizar que se le presenten preguntas sobre costos e ingresos que sean relevantes para su organización. Sus respuestas a todas las preguntas del instrumento, incluidas las de la sección 2, deben reflejar el período continuo de recopilación de datos de 12 meses, no los cambios posteriores. Utilice su mejor criterio si las características de su organización han cambiado durante el período de recopilación de datos de 12 meses continuos.

1. ¿Es [\[prellenar número\]](#) un NPI que su organización utilizó para facturar a Medicare por servicios de ambulancias terrestres durante el período de recopilación de datos? Sí (1) / No (0) [\[Si la respuesta es No \(0\), salga del instrumento o permita que el encuestado corrija el número o se ponga en contacto con el soporte técnico\]](#).
 - a. [\[Si la respuesta es no \(0\)\]](#) Ha indicado que su organización no utilizó el NPI [\[prellenar número\]](#) para facturar servicios de ambulancia terrestre desde [\[INSERTAR FECHA DE INICIO\]](#) hasta [\[INSERTAR FECHA FINAL\]](#). El NPI [\[prellenar número\]](#) se utilizó para facturar a Medicare por servicios de ambulancia terrestre en [\[insertar año de muestreo\]](#), lo cual fue la base para que CMS seleccionara a su organización para participar en el Sistema de recopilación de Datos para Ambulancias Terrestres de Medicare. Seleccione el motivo de su respuesta:
 - i. El NPI no es un NPI asociado a su organización Sí (1) / No (0)
 1. [\[Si la respuesta es Sí \(1\)\]](#) Por favor, póngase en contacto con el servicio de ayuda de GADCS para resolver este problema [\[INSERTAR ENLACE\]](#).

- ii. El NPI estaba en funcionamiento durante el período de recopilación de datos, pero no se utilizó durante la recopilación de datos para facturar a Medicare por servicios de ambulancia terrestre Sí (1) / No (0)
 1. **[Si la respuesta es Sí (1)]** Confirme su respuesta. Si su respuesta es “Confirmando”, la responsabilidad de su organización de reportar información al Sistema de Recolección de Datos para Ambulancias Terrestres de Medicare es completa.
 - a. Confirmando. El NPI **[prellenar número]** no se utilizó para facturar a Medicare por servicios de ambulancia terrestre desde **[INSERTAR FECHA DE INICIO]** hasta **[INSERTAR FECHA FINAL]**. **[INFORME COMPLETO]**
 - b. Póngase en contacto con el servicio de ayuda de GADCS **[INSERTAR ENLACE]**
 - iii. El NPI fue desactivado antes, durante o después del período de recopilación de datos Sí (1) / No (0)
 1. **[Si la respuesta es Sí (1)]** Confirme su respuesta. Si su respuesta es “Confirmando”, la responsabilidad de su organización de reportar información al Sistema de Recolección de Datos para Ambulancias Terrestres de Medicare es completa.
 - c. Confirmando. El NPI **[prellenar número]** fue desactivado antes, durante o después del período de recopilación de datos comprendido entre **[INSERTAR FECHA DE INICIO]** y **[INSERTAR FECHA FINAL]**. **[INFORME COMPLETO]**
 - d. Póngase en contacto con el servicio de ayuda de GADCS **[INSERTAR ENLACE]**
 - iv. Ninguna de las anteriores Sí (1) / No (0)
 1. **[Si la respuesta es Sí (1)]** Por favor, póngase en contacto con el servicio de ayuda de GADCS para resolver este problema **[INSERTAR ENLACE]**.
2. ¿Forma parte este NPI de una "organización matriz" más grande que posee o gestiona varios NPI que facturan servicios de ambulancia terrestre? Sí (1) / No (0)
 - a. **[Si la respuesta es Sí (1)]** Se le pide que complete este instrumento e Ingrese los datos por separado para cada NPI de la muestra. Las siguientes preguntas se refieren **únicamente** al siguiente NPI: **[prellenar número]**. Se le pedirá que asigne una parte de los costos e ingresos incurridos con respecto a su organización matriz (también conocida como su oficina central) relacionados con la gestión corporativa, los sistemas de tecnología de la información [TI], etc., en las secciones siguientes.
 3. ¿Cómo se llama su organización? Para el resto del instrumento, el término “organización” se refiere al NPI para el que CMS solicita datos. (Ingrese el nombre)
 4. ¿Cuál es el nombre, el cargo y la información de contacto de la persona principal que completa este instrumento? (Ingrese el nombre, el cargo y la información de contacto) *[Nota: Parte o la totalidad de este punto no aparecerá si la información puede prellenarse parcial o totalmente utilizando información recopilada en otra parte del Sistema de recopilación de Datos para Ambulancias Terrestres de Medicare].*
 5. ¿Qué descripción de titularidad se ajusta mejor a su organización?
 - a. Con fines de lucro
 - b. Sin fines de lucro, excluyendo a las administraciones públicas
 - c. Gobierno (por ejemplo, federal, estatal, del condado, de la ciudad/de la comuna/de otros municipios)
 - d. Asociación pública/privada
 6. ¿Utilizó su organización mano de obra voluntaria para algún puesto relacionado con su

servicio de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos? Incluya a los voluntarios aunque reciban pequeños estipendios, asignaciones u otros incentivos de su organización. No incluya al personal que recibía una remuneración por hora o por salario, aunque realizara algunas actividades (por ejemplo, respuesta en calidad de EMT) de forma voluntaria. Sí (1), No (0)

7. ¿Qué categoría describe mejor su operación de ambulancia terrestre?
- Basado en el departamento de bomberos
 - Basado en el departamento de policía u otra seguridad pública (incluyendo organizaciones de seguridad pública para todo tipo de riesgos)
 - Agencia gubernamental autónoma de servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés)
 - Hospital u otro proveedor de servicios de Medicare (como un centro de enfermería especializada). Para ver la lista completa de categorías de proveedores de servicios de Medicare, consulte <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Downloadable-Public-Use-Files/Provider-of-Services/index>.
 - Organización independiente/propia que presta principalmente servicios de EMS
 - Organización independiente/propia que presta principalmente servicios no urgentes
 - Otros (especifique)
8. **[Si la pregunta 7= a, b o d]** Ha indicado que su operación de ambulancia terrestre es **[RELLENE "basado en el departamento de bomberos", "basado en el departamento de policía u otro de seguridad pública" y/o "basado en un hospital u otro proveedor de Medicare", según corresponda, en función de las respuestas a la pregunta 7]**. Confirme que su operación de ambulancia terrestre comparte los costos operativos, como el espacio del edificio o el personal, con estas otras operaciones.
- Sí, compartimos algunos o todos los costos (1)
 - No compartimos los costos (0)
9. ¿Proporciona su organización alguno de los siguientes servicios u operaciones (seleccione todos los que correspondan)?
- [No mostrar si la pregunta 7 = a]** ¿Un departamento de bomberos? Sí (1), No (0)
 - [No mostrar si la pregunta 7 = b]** ¿Un departamento de policía u otra de seguridad pública? Sí (1), No (0)
 - [No mostrar si la Pregunta 7 = d]** Un hospital u otro proveedor de servicios de Medicare (como un centro de enfermería especializada). Para ver la lista completa de categorías de proveedores de servicios de Medicare, consulte <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Downloadable-Public-Use-Files/Provider-of-Services/>) Sí (1), No (0)
 - ¿Otras operaciones de prestación de atención médica, como una clínica o un centro de atención urgente (excluyendo los hospitales, los centros de enfermería especializada u otro proveedor de servicios de Medicare en la opción c)? Sí (1), No (0)
 - ¿Una operación de ambulancia aérea? Sí (1), No (0)
 - ¿Otros (especifique)? Ingrese el texto

[Nota: En el resto del instrumento de recopilación de datos, las instrucciones y los puntos relacionados con las organizaciones de bomberos, policía u otras organizaciones de ambulancias terrestres basadas en el departamento de seguridad pública se muestran a las organizaciones que responden a la sección 2, pregunta 7="a" o "b" O a la pregunta 8 = Sí (1) O responden a la pregunta 9 = Sí (1) a una o ambas de a y b. Para simplificar la lógica de saltos a otras preguntas, las respuestas a estas preguntas se denominan "Seguridad Pública = Sí" en el resto del documento].

10. ¿Su organización proporciona habitualmente respuestas de ambulancia terrestre a las

- llamadas al 911? Sí (1), No (0)
11. ¿Operan con ambulancias terrestres? Sí (1), No (0)
 12. ¿Opera con ambulancias acuáticas? Por favor, **no** incluya los vehículos utilizados exclusivamente para rescates acuáticos que no cumplen los requisitos para ser una ambulancia acuática en su jurisdicción. Sí (1), No (0)
[Nota: Esta respuesta se utilizará para solicitar información sobre el volumen y el costo específicos al agua.]
 13. ¿Opera con ambulancias aéreas? Sí (1), No (0) **[Si la respuesta es Sí (1), muestre la siguiente advertencia antes de cada sección:] "No** incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas".
 14. ¿Qué modelo de despliegue de personal describe mejor su organización?
 - a. Despliegue estático (el mismo número de unidades de ambulancia terrestre con dotación completa disponibles sin importar la hora del día o el día de la semana)
 - b. Despliegue dinámico (las unidades varían según la hora del día o el día de la semana)
 - c. Despliegue combinado (algunas horas del día tienen un número fijo de unidades y otras son dinámicas en función de las necesidades)
 15. **[Si la pregunta 10=Si]** ¿Proporciona el servicio de emergencia 911 las 24 horas del día durante todos los días del año (también conocido como servicio "24/7/365") en la mayor parte o en toda su área de servicio? Sí (1), No (0)
 16. ¿Proporcionan alguna vez interceptaciones paramédicas? Un servicio de interceptación paramédica se define en §410.40(c) como un nivel de servicio de Soporte Vital Avanzado (ALS, por sus siglas en inglés) que CMS define como un "transporte de área rural proporcionado por una compañía de ambulancias voluntaria a la que la ley estatal prohíbe facturar a terceros pagadores cuando los servicios son proporcionados por una entidad que está bajo contrato con la compañía de ambulancias voluntaria que no proporciona el transporte pero que es pagada por su servicio (el Estado de NY sólo cumple estos requisitos)". Sí (1), No (0)
 17. Aparte de lo indicado en el punto 16, ¿despliega alguna vez al personal de respuesta a emergencias ALS como respuesta conjunta para encontrarse con una ambulancia terrestre de Soporte Vital Básico (BLS) de otra organización durante el curso de las respuestas? Sí (1), No (0)
 18. ¿Su organización contrató funciones básicas de las ambulancias terrestres, como las respuestas de los EMS, la dotación de personal de EMT o el suministro de ambulancias, durante el período de recopilación de datos de 12 meses? Sí (1), No (0)
[Si la respuesta es Sí (1)] Responda "Sí" a la descripción que mejor describa la relación contractual de su organización:
 - i. Trabajo de EMT específicamente (excluyendo la dirección médica) Sí (1), No (0) **[Si la respuesta es Sí (1), la sección 7 muestra las instrucciones para informar las horas del EMT/personal de respuesta trabajadas por el personal contratado del EMT/personal de respuesta pero no la compensación total relacionada; la sección 11 muestra las instrucciones para informar del gasto total del contrato en la sección 11, pregunta 1].**
 - ii. Servicios de ambulancia terrestre más amplios, por ejemplo, capacidad de respuesta específica en términos de unidades de ambulancia u horas de servicio Sí (1), No (0) **[Si la respuesta es Sí (1), la sección 7 muestra las instrucciones para reportar las horas trabajadas por el EMT/personal de respuesta contratado, pero no la compensación total relacionada; la sección 8 muestra las instrucciones para informar de las instalaciones principales utilizadas por el contratista, pero no los gastos anuales relacionados; la sección 9 muestra las instrucciones para**

informar de las ambulancias terrestres principales utilizadas por el contratista, pero no los gastos anuales relacionados; la sección 11 muestra las instrucciones para informar los gastos totales del contrato en la sección 11, pregunta 1].

3 Área de servicio

En esta sección se pregunta por las características del área a la que presta servicio su organización de ambulancias terrestres. Su área de servicio **principal** se refiere al área en la que usted es exclusiva o principalmente responsable de la prestación de servicios en uno o más niveles y donde es muy probable que se produzcan la mayoría de sus recopilaciones de transporte en ambulancia terrestre. En esta sección también se le preguntará por otras zonas en las que presta servicios regularmente a través de acuerdos de ayuda mutua o automática (su zona de servicio **secundaria**), si procede. **No** incluya áreas en las que preste servicios sólo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, cuando participe en respuestas coordinadas a nivel nacional o estatal ante desastres o eventos con números masivos de víctimas).

Sus respuestas a todas las preguntas del instrumento, incluidas las de la sección 3, deben reflejar el período continuo de recopilación de datos de 12 meses, no los cambios posteriores. Utilice su mejor criterio si las características de su organización cambiaron durante el período de recopilación de datos de 12 meses continuos.

1. Seleccione el/los código(s) postal(es) en los que se encuentra su área de servicio **principal**: **[Seleccione los códigos postales: (1) introduciendo uno o más códigos postales específicos, o (2) en el caso de organizaciones con áreas de servicio que coincidan con un estado o condado, seleccionando un estado o condado y permitiendo que el sistema rellene los códigos postales asociados].**
2. **[Si la respuesta es Sí (1) a la pregunta 10 de la sección 2]** ¿Es usted la organización principal de ambulancias terrestres de emergencia en la mayor parte o la totalidad de su área de servicio principal (ya sea para ALS, BLS o ambos)? Sí (1), No (0)
3. Durante una respuesta, ¿cuál es el **tiempo medio aproximado de viaje** (en minutos) en todos los niveles de servicio (BLS, ALS, etc.) en su área de servicio principal desde el momento en que una ambulancia terrestre comienza su respuesta hasta el momento en que la ambulancia terrestre está disponible para responder a otra llamada (es decir, el tiempo en la tarea)?
 - a. Menos de 30 minutos
 - b. 30 minutos-60 minutos
 - c. 61 minutos-90 minutos
 - d. 91 minutos-120 minutos
 - e. 121-150 minutos
 - f. Más de 150 minutos
4. ¿Tiene un área de servicio **secundaria**? Algunas organizaciones de ambulancias terrestres, aunque no todas, prestan regularmente servicios **fuera** de su área de servicio principal, por ejemplo, mediante acuerdos de ayuda mutua o automática con municipios cercanos. Si esto se aplica a su organización, indique las zonas que están fuera de su área de servicio principal pero en las que presta servicios regularmente como parte de su área de servicio secundaria. **No** es necesario informar de las zonas en las que se prestan servicios muy raramente o sólo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, cuando se participa en respuestas coordinadas a nivel nacional o estatal ante desastres o sucesos con número masivos de víctimas). Utilice su criterio para determinar si su organización presta servicios regularmente en un área de servicio secundaria. Por ejemplo, puede optar por considerar los códigos POSTALES que se encuentran fuera de su área de servicio principal pero en los

que tuvo 5 o más respuestas durante el período de recopilación de datos como parte de su área de servicio secundaria si cree que estos transportes en ambulancia terrestre tienen un impacto significativo en los costos de su organización.

- a. Sí (1) **[Continúe con las demás preguntas de esta sección]**
 - b. No (0) **[Salte a la sección 4]**
5. Seleccione el(los) código(s) POSTAL(ES) en los que se encuentra su servicio secundario **[Seleccione los códigos POSTALES (1) introduciendo uno o más códigos POSTALES específicos, o (2) para organizaciones con áreas de servicio que coinciden con un estado o condado, seleccionando un estado o condado y permitiendo que el sistema rellene los códigos POSTALES asociados].**
6. Durante una respuesta, ¿cuál es el **tiempo medio aproximado de viaje** (en minutos) en todos los niveles de servicio (BLS, ALS, etc.) en su área de servicio **secundaria** desde el momento en que una ambulancia terrestre comienza su respuesta hasta el momento en que la ambulancia terrestre está disponible para responder a otra llamada (es decir, el tiempo en la tarea)?
- a. Menos de 30 minutos
 - b. 30 minutos-60 minutos
 - c. 61 minutos-90 minutos
 - d. 91 minutos-120 minutos
 - e. 121-150 minutos
 - f. Más de 150 minutos

4 Tiempo de respuesta en emergencias

[Pregunte solamente si la pregunta 10 de la sección 2, es Sí(1)] para ayudar a los CMS a comprender mejor el tiempo de respuesta de su organización de ambulancias terrestres, responda a las siguientes preguntas:

1. Los CMS están interesados en el tiempo de respuesta de su organización para las respuestas de las ambulancias terrestres a las llamadas de servicio de emergencia. En este caso, el tiempo de respuesta se define como el tiempo que transcurre desde que la llamada entra en el despacho hasta que la ambulancia terrestre u otro vehículo de respuesta del EMS llega al lugar. ¿Define usted el tiempo de respuesta de esta manera?
Sí (1) **[Salte a la pregunta 3]**
No (0) **[Continúe con la pregunta 2]**
2. En la pregunta 1 ha indicado que su organización utiliza una definición diferente de tiempo de respuesta. Por favor, seleccione la definición que mejor se ajuste a la medición del tiempo de respuesta de su organización:
 - a. Desde el momento en que la ambulancia terrestre sale de la estación hasta el momento en que la ambulancia terrestre u otro vehículo del EMS está en el lugar de los hechos
 - b. Desde el momento en que nuestra organización recibe una llamada de la central hasta el momento en que la ambulancia terrestre u otro vehículo del servicio de emergencias llega al lugar de los hechos.
 - c. Otros (especifique):
3. ¿Puede informar de las estadísticas relacionadas con los tiempos de respuesta medidos por su organización?
 - a. Sí (1) **[Continúe con la pregunta 3b]**, No (0) **[Salte a la pregunta 3e]**
 - b. ¿Cuál es el tiempo **medio** de respuesta de las ambulancias terrestres en su área de servicio **principal**? (Escriba los minutos **[Si la respuesta es Sí (1) en la sección 3,**

- pregunta 4]** o seleccione "N/A" si su organización no responde a las llamadas de emergencia en su área de servicio principal) **[Si la respuesta es N/A, pase a la pregunta 3d].**
- c. ¿Cuál es su mejor estimación del porcentaje de respuestas que tardan más del doble del tiempo medio de respuesta indicado en la pregunta anterior? (Ingrese el porcentaje)
 - d. **[Si la respuesta es Sí (1) a la pregunta 4 de la sección 3, ¿cuál es el tiempo medio de respuesta de las ambulancias terrestres en su área de servicio secundaria?** (Ingrese los minutos **[Si 3b no es igual a "N/A"]** o seleccione "N/A" si su organización no responde a las llamadas de emergencia en su área de servicio secundaria) **[a la pregunta 4].**
 - e. **[Si no (0) a la pregunta de la sección 4, pregunta 3a]:** ¿Cuál es su mejor estimación del tiempo **medio** de respuesta de las ambulancias terrestres en su área de servicio principal? (Ingrese los minutos **[Si la respuesta a la pregunta 4 de la sección 3 es afirmativa]** o seleccione "N/A" si su organización no responde a las llamadas de emergencia en su área de servicio principal) **[Si la respuesta es N/A, pase a la pregunta 3g].**
 - f. **[Si no (0) a la pregunta de la sección 4, pregunta 3a]:** ¿Cuál es su mejor estimación del porcentaje de respuestas que tardan más del doble del tiempo medio de respuesta indicado en la pregunta anterior? (Ingrese el porcentaje)
 - g. **[Si no (0) a la pregunta 3a de la sección 4 y sí (1) a la pregunta 4 de la sección 3],** ¿cuál es su mejor estimación del tiempo **medio** de respuesta de las ambulancias terrestres en su área de servicio **secundaria?** (Ingrese los minutos **[Si 3e no es igual a "N/A"]** o seleccione "N/A" si su organización no responde a las llamadas de emergencia en su área de servicio secundaria)
4. ¿Está su organización obligada o incentivada a cumplir los objetivos de tiempo de respuesta? Sí (1) **[Continúe con 4a]**, No (0) **[Salte a la sección 5.]**
- a. ¿Quién determina los objetivos de tiempo de respuesta exigidos o incentivados?
 - i. Nuestra organización establece su propio objetivo de tiempo de respuesta
 - ii. Municipio local
 - iii. Condado
 - iv. Otros (especifique):
 - b. ¿Se le sanciona monetariamente si supera los objetivos de tiempo de respuesta? Las sanciones pueden consistir en una reducción de los pagos o en una multa. Sí (1), No (0)

5 Volumen del servicio de ambulancia terrestre

En esta sección se pregunta por el volumen de servicios de su organización. A efectos de este instrumento *[Nota: Las definiciones del instrumento programado pueden aparecer junto a los puntos individuales para mayor claridad]:*

- **Las respuestas totales** se definen como el número total de respuestas de su organización, independientemente de si se desplegó una ambulancia terrestre y de si se transportó o no a un paciente. Incluya las respuestas de emergencia en las que no haya intervenido una ambulancia terrestre (por ejemplo, las respuestas en las que sólo haya intervenido una camioneta o un vehículo deportivo utilitario (SUV, por sus siglas en inglés), incluidos los vehículos de respuesta rápida (QRV, por sus siglas en inglés), los "coches voladores" o los vehículos "carrera corta"). Si se envía más de un vehículo al lugar de los hechos, cuéntelo como una respuesta. **[Si Seguridad Pública=Sí]** Incluya las respuestas de emergencia en las que no interviene una ambulancia terrestre, como aquellas en las que sólo intervienen camiones de

bomberos, otros vehículos de bomberos/rescate, coches de policía y/u otros vehículos de seguridad pública.

- Una **respuesta de ambulancia terrestre** es una respuesta a una llamada de servicio por parte de una ambulancia terrestre totalmente equipada y con personal, programada o no, con o sin transporte, y con o sin pago. Si se envía más de un vehículo al lugar de los hechos, se cuenta como una respuesta. Un evento de espera puede contar como una respuesta si su organización prestó servicios médicos en el lugar de los hechos. Tenga en cuenta que todas las respuestas de ambulancia terrestre contarán para el número de respuestas totales que usted haya comunicado, pero no todas las respuestas son respuestas de ambulancia terrestre.
 - Un **transporte en ambulancia terrestre** es el uso de una ambulancia terrestre con todo el personal y el equipo necesarios para responder a una solicitud de servicio para proporcionar un transporte médicamente necesario (basado en las normas pertinentes para el pagador aplicable).
 - Un transporte en ambulancia terrestre **pagado se refiere a** un transporte en ambulancia terrestre proporcionado durante el período de recopilación de datos de su organización por el cual su organización ha sido pagada en su totalidad o en parte por un pagador y/o paciente sólo en el momento en que usted está informando los datos a CMS. Tenga en cuenta que algunas preguntas sólo se refieren a los transportes en ambulancia terrestre pagados, y otras preguntas se refieren tanto a los transportes en ambulancia terrestre pagados como a los transportes en ambulancia terrestre no pagados, ya sea porque su organización no facturó por ellos o porque su organización facturó pero no cobró por ellos.
1. ¿Cuál fue el **número total de respuestas** de su organización durante el período de recopilación de datos de su organización? Las **respuestas totales** se definen como el número total de respuestas de su organización, independientemente de si se desplegó una ambulancia terrestre y de si se transportó o no a un paciente. Incluya las respuestas de emergencia en las que no haya intervenido una ambulancia terrestre (por ejemplo, las respuestas en las que sólo haya intervenido una camioneta o un vehículo deportivo utilitario (SUV), incluidos los vehículos de respuesta rápida (QRV), los "coches voladores" o los vehículos "carrera corta"). Si se envía más de un vehículo al lugar de los hechos, cuéntelo como una respuesta. [**Si Seguridad Pública=Si**] Incluya las respuestas de emergencia que no incluyan una ambulancia terrestre, como aquellas en las que sólo participen camiones de bomberos, otros vehículos de bomberos/rescate, coches de policía y/u otros vehículos de seguridad pública. (Escriba el número)
 2. ¿Cuál fue el número total de **respuestas de ambulancia terrestre** de su organización durante el período de recopilación de datos de su organización en todos los tipos de pagadores e independientemente del nivel de servicio o la geografía? Este número debe basarse en todas las respuestas de una ambulancia terrestre totalmente equipada y con personal, independientemente de que la respuesta haya dado lugar a un transporte. (Ingrese el número)
 3. ¿Su organización responde a llamadas con otra agencia no relacionada con el transporte, como un departamento de bomberos local que **no** forma parte de su organización? Esto incluye las respuestas conjuntas con otras organizaciones de ambulancias terrestres, así como los casos en los que un departamento de bomberos, policía u otro departamento de seguridad pública responde a las llamadas de servicio con su organización. Considere sólo los casos en los que su ambulancia terrestre transporta o habría transportado al paciente, si fuera necesario. Sí (1) [**Continúe con la pregunta 3a**], No (0) [**Salte a la pregunta 4**]
 - a. ¿Cuál es su mejor estimación del porcentaje del total de **respuestas de ambulancias terrestres** que implican a una agencia no transportista? (Ingrese el porcentaje)

- b. ¿Qué tipo de trabajo proporciona la agencia no transportista durante las **respuestas de la ambulancia terrestre**? Marque todo lo que corresponda:
 - i. Paramédico
 - ii. Otros EMT
 - iii. Otros (especificar)
 - c. ¿En qué porcentaje de los **transportes en ambulancia terrestre** estima que la agencia no transportadora sigue prestando atención médica en la ambulancia durante el transporte? (Indique el porcentaje)
 4. **[Si la respuesta es Sí (1) a la pregunta 4 de la sección 3]** ¿Qué porcentaje de sus **respuestas de ambulancia terrestre** se producen en su área de servicio **secundaria**? Un área de servicio secundaria se encuentra fuera de su área de servicio principal, pero en la que presta servicios regularmente a través de acuerdos de ayuda mutua o automática. No incluya las áreas en las que presta servicios sólo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, cuando participa en respuestas nacionales o estatales coordinadas a desastres o sucesos con víctimas masivas). (Indique el porcentaje)
 5. ¿Cuál fue el número total de respuestas de ambulancia terrestre **que no dieron como resultado un transporte de ambulancia terrestre** durante el período de recolección de datos de su organización? Por ejemplo, esto podría incluir las negativas del paciente a ser transportado, las respuestas en las que otro proveedor de ambulancias/proveedor se encargó del transporte, el paciente falleció a su llegada, el paciente fue tratado en el lugar sin necesidad de transporte médico, o las respuestas que se cancelaron después de que la ambulancia terrestre ya estaba en camino. (Ingrese el número)
 - a. [De las respuestas **a la pregunta 5** que **no** dieron lugar a un transporte en ambulancia terrestre, ¿qué porcentaje recibió tratamiento médico in situ?
 6. ¿Cuál fue el número total de **transportes en ambulancia terrestre** para su organización durante el período de recopilación de datos de su organización, en todos los tipos de pagadores, e independientemente del nivel de servicio o la geografía? (Ingrese el número)
 - a. **[Si la respuesta es Sí (1) a la pregunta 2 de la sección 2,** CMS está interesado en **TODOS** los NPI asociados a su organización matriz/oficina central. ¿Cuál fue el número total de **transportes en ambulancia terrestre en todos los NPI operados por su organización matriz/oficina central** durante el período de recopilación de datos de su organización, en todos los tipos de pagadores e independientemente del nivel de servicio o la geografía? (Ingrese el número)
 7. De los transportes en ambulancia terrestre que su organización proporcionó durante el período de recopilación de datos de su organización, ¿cuántos se **pagaron** (en parte o en su totalidad) en todos los tipos de pagadores e independientemente del nivel de servicio o la geografía en el momento en que se informan los datos a los CMS? (Ingrese el número)
 8. ¿Participa su organización en **eventos de reserva**? Se trata de eventos en los que se solicita la presencia de una ambulancia terrestre en el lugar de los hechos en caso de incidente. Algunos ejemplos son ferias, conciertos, eventos deportivos o incidentes policiales. Estos servicios pueden ser pagados o no. Sí (1), No (0)
 9. **[Si la pregunta 16 de la sección 2 es Sí(1)]** ¿Cuál fue el número de **respuestas** durante el período de recopilación de datos de su organización en las que esta proporcionó interceptaciones paramédicas? Una interceptación paramédica es un nivel de servicio ALS que los CMS definen como "un transporte en un área rural proporcionado por una compañía de ambulancias voluntaria a la que la ley estatal prohíbe facturar a terceros pagadores cuando los servicios son proporcionados por una entidad que está bajo contrato con la compañía de ambulancias voluntaria que no proporciona el transporte pero a la que se le paga por su servicio de interceptación paramédica (el Estado de NY sólo cumple estos requisitos)". (Ingrese el número)
 10. **[Si la pregunta 17 de la sección 2 es Sí(1)]** Excluyendo las interceptaciones de

paramédicos que cumplen con la definición de Medicare informada anteriormente, ¿cuál fue el número de **respuestas** durante el período de recopilación de datos de su organización en las que su organización proporcionó una intervención ALS como respuesta conjunta para cumplir con una ambulancia terrestre de soporte vital básico (BLS) de otra organización? **No** incluya las respuestas en las que su organización facturó un transporte. (Escriba el número)

6 Mezcla de servicio

Las siguientes preguntas se refieren al porcentaje de **respuestas de las ambulancias terrestres** de su organización **y a los transportes de ambulancias terrestres** por tipo. Si no puede proporcionar un porcentaje exacto, se le pedirá que seleccione un rango de porcentajes. Si no tuvo ninguna respuesta en una categoría de servicio concreta, Ingrese 0%. **[Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia:] "No incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas".**

1. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre la combinación de su organización **respuestas de las ambulancias terrestres** durante el período de recopilación de datos de su organización.

Existen dos niveles de servicio para los transportes de Soporte Vital Básico (SVB) y Soporte Vital Avanzado, Nivel 1 (SVA1): emergencia y no emergencia. CMS ha definido una respuesta de emergencia como: Una respuesta de emergencia es un servicio de nivel BLS o ALS1 que se ha prestado en respuesta inmediata a una llamada al 911 o su equivalente. Una respuesta inmediata es aquella en la que la organización de la ambulancia terrestre comienza lo más rápidamente posible a tomar las medidas necesarias para responder a la llamada. Esto puede incluir traslados de emergencia de un nivel de atención inferior a uno superior. El porcentaje de respuestas de emergencia y no emergencia debe sumar el 100%. Los transportes de Soporte Vital Avanzado, Nivel 2 (ALS2), Transporte de Cuidados Especiales (SCT) e Intercepción Paramédica (PI) pueden ser de emergencia si se proporciona una respuesta inmediata.

Indique 0% si no proporciona respuestas en ninguna de las dos categorías.

Tipo de respuesta	¿Qué porcentaje de las <i>respuestas de las ambulancias terrestres</i> de su organización se encuentran en las siguientes categorías? Ingrese 0% si no proporciona respuestas en una categoría.
Emergencia	Ingrese el porcentaje
No es una emergencia	Ingrese el porcentaje

2. **[Si la respuesta es Sí (1) a la pregunta 12 de la sección 2,** indique qué porcentaje de los **transportes en ambulancia terrestre** de su organización utilizaron ambulancias terrestres o acuáticas durante el período de recopilación de datos de su organización. Los porcentajes deben sumar el 100%. Ingrese el 0% si no realiza transportes en ninguna de las dos categorías.

Ambulancia terrestre Tipo de transporte	¿Qué porcentaje de los <i>transportes en ambulancia terrestre</i> de su organización se incluyó en las siguientes categorías? Ingrese 0% si no efectúa transportes en una categoría.
Ambulancia terrestre transportes (excluyendo el agua)	Ingrese el porcentaje

Ambulancia de agua transportes (excluyendo los terrestres)	Ingrese el porcentaje
--	-----------------------

3. Indique qué porcentaje del **total de transportes en ambulancia terrestre** de su organización correspondió a las siguientes categorías durante la recopilación de datos de su organización período. Los traslados de urgencia se incluirán en la categoría en la que se facturaron. Los códigos de facturación se incluyen como referencia. Los porcentajes deben sumar el 100%. Ingrese el 0% si no efectúa traslados en una categoría.

- a. Las categorías para la presentación de informes son las mismas que las definiciones de los CMS para los servicios de ambulancia terrestre, incluyendo:
 - i. **Soporte vital avanzado, nivel 1 (ALS1):** es el transporte en vehículo de ambulancia terrestre... y la provisión de suministros y servicios médicamente necesarios ...incluyendo la provisión de una evaluación ALS por parte de personal ALS [técnico médico de emergencias-intermedio (EMT-Intermedio) o paramédico] o al menos una intervención ALS". Las evaluaciones e intervenciones de ALS se describen detalladamente en el manual de los CMS.
 - ii. **Soporte vital avanzado, nivel 2 (ALS2):** es el transporte en vehículo de ambulancia terrestre y la provisión de suministros y servicios médicamente necesarios, incluyendo (1) al menos tres administraciones separadas de uno o más medicamentos por empuje/bolo intravenoso (IV) o por infusión continua (excluyendo fluidos cristaloides) o (2) transporte en ambulancia terrestre, suministros y servicios médicamente necesarios y la provisión de al menos uno de los procedimientos ALS2 enumerados en el manual de CMS.
 - iii. **Soporte vital básico (SVB):** es el transporte en vehículo de ambulancia terrestre ...y la provisión de suministros y servicios médicamente necesarios... incluyendo los servicios de ambulancia SVB definidos por el estado. El vehículo ambulancia debe contar con al menos dos personas que cumplan los requisitos de las leyes estatales y locales del lugar donde se prestan los servicios, y al menos uno de los miembros del personal debe estar certificado como mínimo como técnico de emergencias médicas básico (EMT-Basic) por la autoridad estatal o local del lugar donde se prestan los servicios y estar legalmente autorizado para manejar todo el equipo de salvamento y mantenimiento de la vida a bordo del vehículo. Estas leyes pueden variar de un estado a otro o dentro de un mismo estado.
 - iv. **Transporte de atención especializada (SCT):** es el transporte entre centros de un beneficiario gravemente herido o enfermo en un vehículo de ambulancia terrestre, incluida la provisión de suministros y servicios médicamente necesarios, a un nivel de servicio que va más allá del alcance del EMT-Paramédico. El SCT es necesario cuando el estado de un beneficiario requiere cuidados continuos que deben ser proporcionados por uno o más profesionales de la salud en un área de especialidad adecuada, por ejemplo, enfermería de urgencias o cuidados críticos, medicina de urgencias, cuidados respiratorios, cuidados cardiovasculares o un EMT-Paramédico con formación adicional.
 - v. **Transporte entre centros:** son los transportes en los que "el origen y el destino son uno de los siguientes: un hospital o centro de enfermería especializada que participa en el programa de Medicare o un centro hospitalario que cumple los requisitos de Medicare para ser proveedor".

Tipo de transporte de ambulancia terrestre	¿Qué porcentaje de los <i>transportes en ambulancia terrestre</i> de su organización corresponde a las siguientes categorías? Ingrese el 0% si no proporciona transportes en ambulancia terrestre en una categoría.
Soporte vital básico (BLS), no emergencia (código HCPCS A0428)	Ingrese el porcentaje
Soporte Vital Básico (BLS), Emergencias (código HCPCS A0429)	Ingrese el porcentaje
Soporte vital avanzado, nivel 1 (ALS1), no emergencia (código HCPCS A0426)	Ingrese el porcentaje
Soporte vital avanzado, nivel 1 (ALS1), Emergencia (código HCPCS A0427)	Ingrese el porcentaje
Soporte vital avanzado, nivel 2 (ALS2) (código HCPCS A0433)	Ingrese el porcentaje
Transporte de atención especializada (SCT) (código HCPCS A0434)	Ingrese el porcentaje

4. Pensando **en todos sus transportes en ambulancia terrestre**, ¿cuál es el porcentaje de transportes que son entre instalaciones? (Ingrese el porcentaje)

7 Costos laborales

En esta sección se pregunta por los costos de mano de obra para el funcionamiento de su organización. [*Nota: Las instrucciones, definiciones y ejemplos del instrumento programado pueden aparecer junto a los puntos individuales para mayor claridad.*]

- Esta pregunta se refiere a si su organización utilizó personal pagado y voluntario en diferentes categorías durante el período de recopilación de datos de su organización. Las preguntas posteriores le preguntarán sobre la remuneración total y las horas trabajadas por el personal en las categorías que son relevantes para su organización. Por favor, revise las siguientes instrucciones antes de completar la tabla de abajo.
 - Por favor, responda a cada una de las filas de la siguiente tabla.
 - Las categorías de personal se enumeran en los epígrafes "Personal EMT/de Respuesta", "Personal de Administración/En las instalaciones" y "Director Médico".
 - El epígrafe "Personal de EMT/de Respuesta" incluye categorías separadas para EMT-Básico, EMT-Intermedio, EMT-Paramédico y otros tipos de personal. Por favor, utilice las siguientes definiciones de CMS para las categorías de EMT cuando sea posible:
 - EMT-Básico: la certificación depende del nivel estatal o local.
 - EMT-Intermedio: "EMT-Intermedio es una persona que está cualificada, de acuerdo con las leyes estatales y locales, como EMT-Básico y que también está certificada, de acuerdo con las leyes estatales y locales, para realizar técnicas avanzadas esenciales y para administrar un número limitado de medicamentos." "EMT avanzado" es otro término utilizado en el sector.
 - EMT-Paramédico: "El EMT-Paramédico posee las cualificaciones del EMT-Intermedio y, de acuerdo con las leyes estatales y locales, tiene habilidades mejoradas que incluyen poder administrar intervenciones y medicamentos adicionales". "Paramédico" es otro término usado en el sector.

Si su estado emplea niveles de certificación y licencia que difieren de estas categorías, utilice su mejor criterio para asignar el personal a las categorías del CMS.

- [Incluya solo para NPI en que Servicios Compartidos = Sí]** Incluya sólo a las personas que tienen responsabilidades **parcial o totalmente relacionadas con su operación de**

ambulancia terrestre, incluyendo al personal de primera línea que responde a las llamadas de ambulancia terrestre y al personal administrativo y en las instalaciones que apoya su operación de ambulancia terrestre. Pueden incluir, por ejemplo, bomberos/EMT y gerentes (como un jefe de bomberos) con responsabilidades de ambulancia terrestre.

- **[Incluya solo para NPI en que Servicios Compartidos = Sí]** No incluya a las personas que **únicamente tenían** responsabilidades no relacionadas con las ambulancias terrestres (por ejemplo, bomberos que no eran personal EMT/de Respuesta o gerentes como subjefes de bomberos sin responsabilidades de ambulancia terrestre). **[Incluya únicamente los NPI de ambulancia aérea si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1)]** No incluya a las personas que **únicamente tenían responsabilidades de ambulancia aérea**.
- Incluya al personal EMT/de respuesta en la categoría de EMT/de Respuesta que corresponda a su nivel al inicio del período de recopilación de datos de su organización.
- Por defecto, los individuos con **cualquier** responsabilidad del personal EMT/de Respuesta se reportan en la categoría apropiada del personal EMT/de Respuesta y no en la categoría de administración/en las instalaciones. **No incluya al** personal EMT/de Respuesta en las categorías de personal de administración/en las instalaciones, aunque a veces realicen tareas de administración/en las instalaciones. Por ejemplo, un EMT con responsabilidades de mantenimiento de vehículos contribuiría a la categoría EMT apropiada pero **no a la categoría de** mantenimiento de vehículos.
- En el caso del personal de administración/en las instalaciones con múltiples funciones, asigne a cada individuo una categoría que indique la actividad principal del individuo. Por ejemplo, si una persona efectúa principalmente tareas de gestión pero también tiene tareas de facturación o prefacturación, inclúyala en la categoría de gestión.
- No informe sobre los servicios externos contratados, por ejemplo, el mantenimiento de vehículos proporcionado bajo contrato, si el contrato cubría servicios y suministros, además de la mano de obra. Tendrá la oportunidad de informar sobre estos costos en otra sección.
- Incluya al personal que fue tanto pagado como voluntario durante el período de recopilación de datos de su organización, por ejemplo, un empleado pagado al comienzo del año que se convirtió en voluntario más adelante, en la categoría de personal **pagado** correspondiente.
- Sólo, asigne personal a las categorías de EMT/de Respuesta si tienen funciones del personal EMT/de Respuesta en **su organización**. Si un miembro del personal administrativo de su organización es un EMT certificado pero no desempeña funciones de EMT en su organización, no incluya a esa persona en una categoría de EMT/de Respuesta.
- Utilice la categoría “otros” sólo para informar del personal que (a) tiene al menos algunas responsabilidades de ambulancia terrestre, y (b) no tiene ninguna responsabilidad en ninguna de las categorías enumeradas.

Indique si su organización tenía personal pagado (a tiempo completo y/o parcial) **[y/o empleaba personal voluntario (indíquelo sólo si la pregunta 6 de la sección 2 es Sí(1))]** en cada una de las siguientes categorías durante el período de recopilación de datos de su organización (marque todas las que correspondan).

Categoría de personal	Personal pagado [Mostrar si Seguridad Pública=Sí] "sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"	Personal voluntario [Mostrar si Seguridad Pública=Sí] "sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"	[Mostrar columna si Seguridad Pública=Sí] "Personal pagado con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otros operaciones de seguridad pública"	[Mostrar columna si Seguridad Pública=Sí] "Personal voluntario con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otros operaciones de seguridad pública"
Personal de EMT/de Respuesta				
EMT – Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMT - Intermedio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMT - Paramédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermera, médico u otro personal médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductor de ambulancia terrestre (no EMT/EMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Director Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de Administración/en las instalaciones				
Personal administrativo (de oficina, recursos humanos [HR], facturación, soporte informático, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerencia (ejecutiva, oficial de información pública, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despacho / Centro de llamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de vehículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de las instalaciones (personal de limpieza, lavandería, reparaciones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Categoría de personal	Personal pagado [Mostrar si Seguridad Pública=Sí] "sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"	Personal voluntario [Mostrar si Seguridad Pública=Sí] "sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"	[Mostrar columna si Seguridad Pública=Sí] "Personal pagado con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"	[Mostrar columna si Seguridad Pública=Sí] "Personal voluntario con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"
Otros no informados anteriormente [Si el encuestado selecciona "otros", aparecerá un campo en blanco solicitando la el encuestado debe especificar la categoría]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. [Si no se ha seleccionado el director médico] ¿Su organización contrata a un director médico, en lugar de emplearlo directamente? Sí (1), No (0).
 - a. [En caso afirmativo, indique el importe total de la remuneración por los servicios de dirección médica que su organización pagó, no el valor del tiempo del director médico. (Escriba el número)
3. [Para cada categoría de la tabla en la que un encuestado seleccionó "No" en todas las columnas, se presentará una pregunta de seguimiento para evaluar las razones por las que el encuestado seleccionó "No". No presente Director Médico si la pregunta 2 = Sí (1)]. En la pregunta anterior, usted informó que **no** utilizó ninguno [inserte la categoría de personal] en su operación de ambulancia terrestre durante el período de recolección de datos de su organización. Por favor, seleccione una o más razones por las que [seleccione todas las que correspondan]:
 - a. Esta categoría de mano de obra forma parte de nuestra operación de ambulancia terrestre, pero es pagada o proporcionada sin costo por otra entidad (1). [Si se selecciona esta opción, presente una declaración que indique que se pedirá al encuestado que informe sobre las horas anuales asociadas y los costos asociados en las siguientes secciones].
 - b. Uno o varios funcionarios realizan estas funciones, pero los asignamos a otra categoría según las instrucciones (2).
 - c. No tenemos personal en esta categoría laboral relacionada con nuestra operación de ambulancia terrestre y/o contratamos a otra organización para esta función (3).
 - d. Otros (especifique): Ingrese el texto (4).

7.1 Compensación y horas trabajadas del personal EMT/de Respuesta

[Si la sección 7, pregunta 1, columna de personal pagado es "Sí" para una o más categorías de personal EMT/de Respuesta. En una sección separada se pregunta por los voluntarios].

1. Esta pregunta se refiere al **personal pagado EMT/de Respuesta** (tanto a tiempo completo como a tiempo parcial) en su organización durante el período de recopilación de datos de su organización; concretamente sobre:
 - Compensación total anual de todo el personal pagado EMT/de Respuesta por categoría
 - Total de horas anuales trabajadas por el personal pagado EMT/de Respuesta por categoría, incluyendo las horas de actividades distintas de los servicios de ambulancia terrestre
 - Total de horas anuales **relacionadas con las responsabilidades de la ambulancia terrestre** para el personal pagado EMT/de Respuesta por categoría
 - **[Incluya si se ha indicado en la sección 7, pregunta 1, algún personal EMT/de Respuesta pagado con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública]** Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con operaciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública para el personal EMT/de Respuesta pagado, por categoría
 - Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con todas las demás responsabilidades para el personal pagado de EMT/personal de respuesta por categoría

Por favor, revise las siguientes instrucciones antes de completar la tabla de abajo.

- **[Incluya sólo el** personal EMT/de Respuesta pagado que tenga responsabilidades **parcial o totalmente relacionadas con su operación de ambulancia terrestre**, incluyendo el personal de primera línea que responde a las llamadas de ambulancia terrestre. Esto puede incluir, por ejemplo, a los bomberos/EMT y a los EMT que no son bomberos.
- **[Incluya sólo para los NPI en los que los Servicios Compartidos = Sí]** **No** incluya a las personas que **sólo tienen** responsabilidades no relacionadas con las ambulancias terrestres (por ejemplo, bomberos que no son EMT o personal de respuesta). **[Incluya para los NPI en ambulancias aéreas únicamente si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1)]** **No** incluya a las personas que **únicamente** tenían responsabilidades de ambulancia aérea.
- Indique el personal pagado con responsabilidades en el ámbito de los EMT/respuesta en la categoría correspondiente del personal EMT/de Respuesta y **no** en ninguna otra categoría. Incluya al personal EMT/de Respuesta que tenga responsabilidades de supervisión o de administración/en las instalaciones en la categoría de personal EMT/de Respuesta que corresponda a su nivel al inicio del período de recopilación de datos de su organización. **No** cuente a este personal cuando responda a las preguntas sobre el personal de administración/en las instalaciones que figuran a continuación. Por ejemplo, un paramédico con responsabilidades de mantenimiento de vehículos contribuiría a la categoría de paramédico apropiada pero **no** a la categoría de mantenimiento de vehículos en las preguntas posteriores. En las preguntas posteriores se informará sobre el personal que sólo tiene responsabilidades administrativas.
- **[Incluya únicamente a aquellos para los que la pregunta 6 de la sección 2 sea Sí (1).]** **No** incluya al personal voluntario de EMT/respuesta. Informará sobre este personal en una sección posterior.
- Incluya al personal pagado EMT/de Respuesta en la categoría del personal EMT/de Respuesta que corresponda a su nivel al inicio del período de recopilación de datos de su organización.
- Incluya al personal que fue tanto pagado como voluntario durante el período de recopilación de datos de su organización, por ejemplo, un empleado pagado al comienzo del año que se convirtió en voluntario más adelante, en la categoría de personal **pagado** correspondiente.

Para la remuneración total anual

- Indique la **remuneración anual total** del personal pagado en cada una de las categorías del personal EMT/de Respuesta en la tabla siguiente.
- Indique la remuneración total, incluido el sueldo/salario y, cuando proceda, las

prestaciones (por ejemplo, seguro médico, tiempo libre pagado [PTO, por sus siglas en inglés], jubilación, estipendios, seguro de vida), los impuestos sobre la nómina del empleador, las horas extraordinarias, el tiempo de formación y la remuneración por devolución de llamada y reserva del personal pagado.

- Si uno o más componentes de los costos de remuneración (por ejemplo, las prestaciones) fueron pagados por otra entidad con la que tenía una relación comercial (por ejemplo, un municipio al que presta servicios), obtenga e incluya estos costos cuando informe de la remuneración total. Si sólo se dispone de los costos totales de una categoría de otra entidad (por ejemplo, los costos totales de las prestaciones de todo el personal), asigne a las categorías laborales en función del sueldo o los salarios de las categorías laborales. Por ejemplo, si el total de las prestaciones fuera de \$60,000, un tercio de los sueldos y salarios del personal EMT/de Respuesta fuera para EMT-Básico y dos tercios de los sueldos y salarios del personal EMT/de Respuesta fuera para EMT-Paramédico, \$20,000 (\$60,000 multiplicados por un tercio) contribuirían a la remuneración total de EMT-Básico y \$40,000 (\$60,000 multiplicados por dos tercios) contribuirían a la compensación total de EMT-Paramédico.

Para el total de horas trabajadas anualmente

- Indique **el total de horas trabajadas anualmente** por el personal paramédico pagado (incluido el personal a tiempo completo y a tiempo parcial) en cada categoría. Por ejemplo, si su organización tiene dos paramédicos pagados que trabajan 2,000 horas al año (es decir, a tiempo completo con 40 horas semanales durante 50 semanas), y dos paramédicos pagados que trabajan 1,250 horas cada uno al año (es decir, a tiempo parcial con 25 horas semanales durante 50 semanas), el total declarado sería de $2,000 + 2,000 + 1,250 + 1,250 = 6,500$ horas para los paramédicos.
- Indique **el total de horas trabajadas**, en la ambulancia terrestre y en todas las demás actividades, por el personal pagado con algunas o todas las responsabilidades de la ambulancia terrestre. Por ejemplo, para un bombero/EMT pagado que haya trabajado 2,000 horas al año (es decir, a tiempo completo con 40 horas semanales durante 50 semanas) en operaciones de bomberos y ambulancia terrestre, añada 2,000 horas al total de horas de todo el personal de EMT/respuesta, **no** la parte de horas relacionadas con los servicios de ambulancia terrestre.
- **No** incluya el tiempo libre pagado o no pagado (por ejemplo, vacaciones, baja por enfermedad, etc.) ni las horas dedicadas a la recaudación de fondos cuando informe del total de horas trabajadas anualmente.
- Incluya sólo al personal cuyas funciones de paramédico pertenezcan a su organización. Si el personal está empleado como EMT en su organización y como bombero en otra, incluya sólo las horas de EMT en su organización.
- **[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se ha indicado la existencia de personal pagado EMT/de Respuesta con funciones de bomberos, policía u otras funciones de seguridad pública]** Para el total de horas trabajadas anualmente por el personal con funciones de apoyo a las operaciones de bomberos, policía u otras operaciones de seguridad pública, indique el **total de horas trabajadas anualmente** por el personal pagado EMT/de Respuesta (a tiempo completo y parcial) que **tenía funciones de bomberos, policía u otras funciones de seguridad pública** por separado del personal EMT/de Respuesta que no tenía estas funciones. Por ejemplo, si su organización cuenta con tres miembros del personal de EMT básico pagados que han trabajado 2,000 horas cada uno al año (es decir, 40 horas a la semana durante 50 semanas), y si dos son bomberos/EMT y uno es EMT pero no es bombero, indique las horas de los dos miembros del personal que son EMT/bomberos en la categoría "EMT básico con funciones de bomberos, policía u otras funciones de seguridad pública" y el tercer miembro del personal

en la categoría "EMT básico, sin funciones de bomberos, policía u otras funciones de seguridad pública".

- Incluya sólo al personal cuya función de apoyo a los bomberos, la policía u otras operaciones de seguridad pública estaba en **su organización**. Por ejemplo, si un miembro del personal estaba empleado como paramédico en su organización y como bombero en otra organización, indique la remuneración y las horas de este miembro del personal en una categoría **sin** funciones de bomberos, policía u otras funciones de seguridad pública.

[Incluya si se ha indicado en la sección 7, pregunta 1, la existencia de personal pagado EMT/de Respuesta con funciones de bomberos, policía y/u otras funciones de seguridad pública] Para el total de horas trabajadas anualmente relacionadas con operaciones de bomberos, policía u otras operaciones de seguridad pública

- Indique el total de horas trabajadas por el personal pagado EMT/de Respuesta con funciones de bomberos, policía y/u otras funciones de seguridad pública (incluido el personal a tiempo completo y parcial) relacionadas con las operaciones de bomberos, policía u otras operaciones de seguridad pública en cada categoría anualmente.

Para las horas trabajadas anualmente relacionadas con todas las demás responsabilidades

- Para el mismo personal que contribuyó al total de horas trabajadas reportadas en la pregunta anterior, reporte las horas trabajadas anualmente por el personal EMT/de Respuesta pagado relacionado con todas las otras responsabilidades.
- Otras responsabilidades podrían ser:
 - Operaciones de ambulancia aérea
 - Prestación de servicios de ciudad de salud no relacionada con la ambulancia terrestre, como el trabajo en una clínica
 - Responsabilidades en materia de salud pública
 - Educación y divulgación en la comunidad
 - Paramedicina comunitaria
 - Cualquier otra responsabilidad no relacionada con la ambulancia terrestre y las actividades de bomberos/policía/seguridad pública, excluyendo el tiempo libre pagado o no pagado y la recaudación de fondos
- Todo el personal que contribuya a este total debe contribuir también al "Total de horas trabajadas anualmente".
- Al igual que en otros puntos, **no** incluya a las personas que no tienen responsabilidades de ambulancia terrestre. Por ejemplo, el personal con un 100% de responsabilidades de ambulancia aérea **no** contribuye a su respuesta a este punto, mientras que el personal con un 50% de responsabilidades de ambulancia terrestre y un 50% de ambulancia aérea **sí** contribuye.
- A diferencia de las preguntas anteriores, en las que cada uno de sus empleados contribuía con todas sus horas al total de horas trabajadas anualmente, el personal **sólo contribuye con una fracción de sus horas totales** trabajadas anualmente a su respuesta en este punto.
 - Por ejemplo, un paramédico que trabaje 2,000 horas al año y que reparta el tiempo de trabajo de forma equitativa entre las operaciones de ambulancia terrestre y aérea contribuiría con 1,000 horas a este punto. El mismo paramédico contribuye con 2,000 horas completas por el número de semanas trabajadas al total de horas trabajadas anualmente en un punto anterior.
 - Como otro ejemplo, un bombero/EMT-Basic que trabaje 2,000 horas anuales y que dedique la mitad de su tiempo a responder a las llamadas de servicio de ambulancia terrestre, una cuarta parte de su tiempo a responder a las llamadas de servicio de bomberos y una cuarta parte de su tiempo a la educación y divulgación en la comunidad contribuiría:
 - 2,000 horas a "Total de horas trabajadas anualmente por el personal

pagado EMT/de Respuesta con funciones de bomberos, policía y/u otras funciones de seguridad pública"

- 500 horas a este punto, "Horas trabajadas anualmente no relacionadas con las actividades de ambulancia terrestre o de bomberos/policía". 500 horas es la cuarta parte del tiempo de este funcionario que está relacionado con todas las demás responsabilidades
- El total de horas trabajadas relacionadas con todas las demás responsabilidades debe ser inferior al total de horas trabajadas en general para cada una de las categorías de personal pagado de EMT/respuesta.

Por favor, informe sobre el personal EMT/de Respuesta en su organización durante el período de recopilación de datos de su organización; concretamente:

- Compensación total anual de todo el personal EMT/de Respuesta pagado
- Total de horas anuales trabajadas por todo el personal pagado de EMT/respuesta
- Total de horas trabajadas anualmente que **no estaban** relacionadas con la ambulancia terrestre [**Incluya si se ha indicado en la sección 7, pregunta 1** "o bomberos, policía y/u otra seguridad pública"] responsabilidades de todo el personal EMT/de Respuesta pagado

[Tabla prellenada basada en las respuestas a la pregunta 1 de la sección 7]

Categoría del Personal EMT/de Respuesta	Total de compensación anual pagado del personal EMT/ de respuesta	Total de horas trabajadas anualmente para el personal EMT/de respuesta pagadas	Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de ambulancias terrestres	[Incluir si algún personal EMT/de respuesta con funciones con bomberos, policía, y/o otra seguridad pública pagado fue indicado en la sección 7, Pregunta 1] Total horas trabajadas anualmente en relación con de bomberos, policía u otra seguridad pública operaciones	Horas trabajadas anualmente relacionados con todos las otras responsabilidades
EMT - Básico, sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas

Categoría de personal EMT/de Respuesta	Compensación total anual para el personal EMT/de Respuesta remunerada	Total de horas trabajadas anualmente para el personal EMT/de respuesta pagadas	Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de las ambulancias terrestres	[Incluir si algún personal EMT/de respuesta con funciones con bomberos, policía, y/u otra seguridad pública pagado fue indicado en la sección 7, Pregunta 1] Total horas trabajadas anualmente en relación con de bomberos, policía u otra seguridad pública operaciones	Horas trabajadas anualmente relacionados con todos las otras responsabilidades
EMT - Básico, con función de apoyo a los bomberos, a la policía y/o a otros organismos públicos, operaciones de seguridad	dólares	horas	horas	horas	horas
EMT - Intermedio, sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
EMT - Intermedio, con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
EMT - Paramédico, sin función de apoyo a los bomberos, a la policía y/o a otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
EMT - Paramédico, con función de apoyo a los bomberos, a la policía y/o a otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
Enfermera/o, médico u otro personal médico sin función de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
Enfermera/o, médico u otro personal médico con público, función de seguridad	dólares	horas	horas	horas	horas

Categoría de personal EMT/de Respuesta	Compensación total anual para el personal EMT/de Respuesta remunerada	Total de horas trabajadas anualmente por EMT/personal de respuesta	Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de las ambulancias terrestres	[Incluir si algún personal EMT/de respuesta con funciones con bomberos, policía, y/o otra seguridad pública pagado fue indicado en la sección 7, Pregunta 1] Total horas trabajadas anualmente en relación con de bomberos, policía u otra seguridad pública operaciones	Horas trabajadas anualmente relacionados con todos las otras responsabilidades
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR) sin función de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR) con función de seguridad pública	dólares	horas	horas	Horas	horas
Conductor de ambulancia terrestre (no EMT/EMR) sin función de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
Conductor de ambulancia terrestre (no EMT/EMR) con función de seguridad pública	dólares	horas	horas	Horas	horas

2. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Indique la parte asignada de los costos de laborales del personal EMT/de Respuesta incurridos en el nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI según el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Indique el importe en dólares).

7.2 Compensación y horas trabajadas pagadas del personal de administración, en las instalaciones y director médico

[Si la columna de personal pagado de la sección 7, pregunta 1, es “Sí” para uno o más miembros del personal de administración, en las instalaciones o director de Medicare. Se pregunta por los voluntarios en una sección aparte].

Por favor, revise las siguientes instrucciones antes de completar la tabla de abajo.

- Incluya al personal con las siguientes responsabilidades:
 - Administración (por ejemplo, apoyo administrativo, de RH y de TI)
 - Gerencia (por ejemplo, ejecutivos y funcionarios de información pública)
 - Facturación

- Despacho/centro de llamadas
- Mantenimiento de vehículos
- Mantenimiento de las instalaciones (por ejemplo, conserjería, lavandería y reparaciones)
- Incluya sólo al personal pagado de administración/en las instalaciones y al director médico que tenga responsabilidades **parcial o totalmente relacionadas con su operación de ambulancia terrestre**. Esto puede incluir, por ejemplo, a los jefes de bomberos con responsabilidades de gestión relacionadas con su operación de ambulancia terrestre.
 - **No** incluya al personal con algunas o todas las responsabilidades de EMT/respuesta. Este personal se incluye en un punto anterior y **no se** informa aquí. Por ejemplo, un EMT con responsabilidades de mantenimiento de vehículos contribuiría a sus respuestas anteriores relacionadas con el personal EMT/de Respuesta y **no** con el personal de administración/en las instalaciones en este punto. Si un miembro del personal recibe una remuneración por las tareas administrativas, pero puede ser voluntario para las funciones de EMT/respuesta, entonces este miembro del personal se incluye en esta sección (no en la sección de personal voluntario).
 - **[Incluya solo para los que tienen voluntarios, la sección 2, la pregunta 6 es Sí (1)].** **No** incluya al personal voluntario de administración/en las instalaciones o al director médico. Usted informará sobre este personal en una sección posterior.
 - **[Incluya solo para NPI donde Servicios compartidos = Sí]** **No** incluya a personas con **solo** responsabilidades de ambulancia no terrestre (por ejemplo, jefes de bomberos que no tienen responsabilidades de administración de ambulancias terrestres).
 - **[Incluya únicamente para las NPI de ambulancia aérea si la sección 2, pregunta 13 es Sí (1).]** **No** incluya a las personas que únicamente tenían responsabilidades de ambulancia aérea.

Para la remuneración total anual

- Indique la **remuneración anual total** del personal pagado en las categorías de administración/en las instalaciones y director médico en la siguiente tabla.
- Indique la remuneración total, incluido el sueldo/salario y, cuando proceda, las prestaciones (por ejemplo, seguro médico, tiempo libre, jubilación, estipendios, seguro de vida), los impuestos sobre la nómina del empleador, las horas extraordinarias, el tiempo de formación, la devolución de la llamada y la paga de reserva para el personal pagado.
- Si uno o más componentes de los costos de remuneración (por ejemplo, las prestaciones) fueron pagados por otra entidad con la que tenía una relación comercial (por ejemplo, un municipio al que presta servicios), obtenga e incluya estos costos cuando informe de la remuneración total. Si sólo se dispone de los costos totales de una categoría de otra entidad (por ejemplo, los costos totales de las prestaciones de todo el personal), asigne a las categorías laborales en función del sueldo o los salarios de las categorías laborales. Por ejemplo, si el total de las prestaciones fuera de \$60,000, un tercio de los sueldos y salarios del personal EMT/de Respuesta fuera para EMT-Básico y dos tercios de los sueldos y salarios del personal EMT/de Respuesta fueran para EMT-Paramédico, \$20,000 (\$60,000 multiplicados por un tercio) contribuirían a la remuneración total de EMT-Básico y \$40,000 (\$60,000 multiplicados por dos tercios) contribuirían a la compensación total de EMT-Paramédico.

Para el total de horas trabajadas anualmente

- Indique **el total de horas trabajadas anualmente** por todo el personal de administración /en las instalaciones y el director médico. Si su organización tiene dos empleados de administración/ en las instalaciones remuneradas que trabajan 2,000 horas al año y dos empleados de administración/en las instalaciones remuneradas que trabajan 1,250 horas al año cada uno, el total declarado sería $2,000 + 2,000 + 1,250 + 1,250 = 6,500$ horas.

- Informe el total de horas trabajadas por el personal de administración/en las instalaciones pagado con algunas o todas las responsabilidades de ambulancia terrestre, **no** sólo las horas relacionadas con los servicios de ambulancia terrestre. Por ejemplo, en el caso de un subjefe de bomberos pagado que trabaja 2,000 horas al año en operaciones de bomberos y de ambulancia terrestre, añada 2,000 horas al total de horas del personal de administración/en las instalaciones, **no** la parte de horas relacionadas con los servicios de ambulancia terrestre.
- **No** incluya el tiempo libre pagado o no pagado ni las horas dedicadas a la recaudación de fondos cuando informe del total de horas trabajadas anualmente.
- **No** incluya al personal con algunas o todas las responsabilidades de EMT/respuesta. Este personal se incluye en un punto anterior y **no** se informa aquí.

[Incluya si se ha indicado en la sección 7, pregunta 1, algún personal pagado de la Administración/en las instalaciones o director médico con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública] Para el total de horas trabajadas anualmente por el personal con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública

- Indique el **total de horas trabajadas anualmente** por el personal pagado de administración/en las instalaciones **que también tenía funciones de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública**, por separado del personal pagado de administración/en las instalaciones que no tenía estas funciones. Por ejemplo, si su organización tiene tres empleados de administración/en las instalaciones pagados que trabajan cada uno 2,000 horas al año, y si dos de ellos apoyan las operaciones policiales y uno no, indique las horas de los dos empleados que tienen responsabilidades policiales en la categoría "Personal de administración/en las instalaciones con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública" y el tercer empleado en la categoría "Personal de administración/en las instalaciones sin funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública".
- Incluya sólo al personal cuyas funciones de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública pertenezcan a **su organización**. Por ejemplo, si un miembro del personal está empleado como personal administrativo en su organización y como bombero en otra organización, indique la remuneración y las horas de este miembro del personal en una categoría **sin funciones de apoyo a las operaciones de bomberos, policía y/u otras operaciones de seguridad pública**.
- **No** incluya en su respuesta a esta pregunta al personal pagado con algunas o todas las responsabilidades de EMT/respuesta. El personal pagado con algunas o todas las responsabilidades del personal EMT/de Respuesta se reporta en la pregunta anterior y **no se** reporta aquí.

[Incluya si se ha indicado en la sección 7, pregunta 1, algún personal pagado de la Administración/en las instalaciones o del director médico con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública]. Para el total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública

- Indique **el total de horas trabajadas** por el personal administrativo/en las instalaciones o director médico pagado con funciones de bomberos, policía y/u otras funciones de seguridad pública (incluido el personal a tiempo completo y a tiempo parcial) relacionadas con las operaciones de bomberos, policía u otras operaciones de seguridad pública en cada categoría **anualmente**.

Horas trabajadas anualmente en relación con todas las demás responsabilidades

- **No** incluya al personal con algunas o todas las responsabilidades de EMT/de Respuesta. Este personal se incluye en un punto anterior y **no se** informa aquí.
- Para el mismo personal que contribuyó al total de horas trabajadas reportadas en la pregunta

anterior, reporte las horas trabajadas anualmente por el personal de administración/ en las instalaciones y director médico en cada categoría que estuvieron **relacionadas con todas las demás responsabilidades**.

- Otras responsabilidades podrían ser:
 - Operaciones de ambulancia aérea
 - Prestación de atención médica no relacionada con las respuestas y servicios de las ambulancias terrestres, como el trabajo en una clínica. Esto no incluye a las personas con responsabilidades en el EMS que llegan al lugar de los hechos en un vehículo que no es una ambulancia terrestre.
 - Responsabilidades en materia de salud pública
 - Educación y divulgación en la comunidad
 - Paramedicina comunitaria
 - Cualquier otra responsabilidad no relacionada con la ambulancia terrestre o las actividades de bomberos/policía/seguridad pública, excluyendo el tiempo libre pagado o no pagado y la recaudación de fondos
- Todo el personal que contribuye a este total también debe contribuir al "Total de horas trabajadas anualmente".
- Al igual que en otros puntos, **no** incluya a las personas que no tienen responsabilidades de ambulancia terrestre. Por ejemplo, el personal con un 100% de responsabilidades de ambulancia aérea **no** contribuye a su respuesta a este punto, mientras que el personal con un 50% de responsabilidades de ambulancia terrestre y un 50% de ambulancia aérea **sí** contribuye.

[Incluya sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).] En las preguntas 1-2, no incluya ningún "personal de la oficina central" que preste servicio a múltiples NPI. Tendrá la oportunidad de informar sobre los costos de este personal en la pregunta 3 de esta sección.
- A diferencia de las preguntas anteriores, en las que cada uno de sus empleados contribuía con todas sus horas al total de horas trabajadas anualmente, el personal **sólo** contribuye con **una fracción** de sus horas totales trabajadas anualmente a su respuesta en este punto.
 - Por ejemplo, una persona con responsabilidades administrativas que trabaje 2,000 horas anuales y que reparta su tiempo por igual entre las operaciones de ambulancia terrestre y aérea contribuiría con 1,000 horas (2,000 horas multiplicadas por la mitad) a este punto. El mismo individuo contribuye con 2,000 horas completas al total de horas trabajadas anualmente en un punto anterior.
 - Como otro ejemplo, un jefe de bomberos que trabaje 2,000 horas anuales y que dedique la mitad de su tiempo a gestionar los servicios de ambulancia terrestre, una cuarta parte de su tiempo a gestionar las actividades de respuesta a los incendios y una cuarta parte de su tiempo a la educación y divulgación en la comunidad contribuiría:
 - 2,000 horas al "Total de horas trabajadas anualmente" para el "Personal de administración/en las instalaciones, con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública"
 - 500 horas a "Horas trabajadas anualmente no relacionadas con las funciones de respuesta de ambulancia terrestre o bomberos". 500 horas es la cuarta parte del tiempo de este miembro del personal que está relacionado con todas las demás responsabilidades.
- El total de horas trabajadas relacionadas con otras responsabilidades debe ser menor que el total de horas trabajadas en general para cada una de las categorías de personal pagado de administración/en las instalaciones.

1. Esta pregunta se refiere al personal que no tiene responsabilidades de EMT/de Respuesta, incluido el personal administrativo/en las instalaciones y el director o directores médicos, en su

organización anualmente durante el período de recopilación de datos de su organización. Específicamente:

- Compensación total anual de todo el personal pagado de administración/en las instalaciones y director médico
- Total de horas anuales trabajadas por el personal pagado de administración/ en las instalaciones y director médico
- Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de las ambulancias terrestres por parte del personal pagado de administración/en las instalaciones y del director médico
- **[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se ha indicado que hay personal pagado de la Administración/en las instalaciones o director médico con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública].** Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública
- Total de horas anuales relacionadas con todas las demás responsabilidades para el personal pagado de administración/en las instalaciones y director médico

[Prellenar la tabla en función de las respuestas a la pregunta 1 de la sección 7; presentar una ventana emergente para evitar el doble registro del tiempo y la remuneración del director médico].

Categoría de Administración, Instalaciones, y Médico Director Personal	Total de compensación anual pagada del personal admin./ instalaciones/ médico director	Total de horas trabajadas anualmente del personal admin./ instalaciones/ médico director pagado	Total de horas trabajadas anualmente relacionado con las operaciones de ambulancias terrestres	[Incluir si se ha pagado al personal de Administración/ Instalaciones o director médico con bomberos, policía y/u otra seguridad pública papel fueron indicados en sección 7, pregunta 1]. Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con el bombero, policía, y/u otras operaciones de seguridad pública	Total horas trabajadas relacionadas con todas otras responsabilidades
Personal de Administración/en las Instalaciones, sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
Personal de Administración/en las Instalaciones, con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
Director médico, sin función de apoyo a las operaciones de bomberos, policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/A	horas
Director médico, con función de apoyo a las operaciones de bomberos, policía y/u otras operaciones de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas

2. Entre el personal que estaba parcial o totalmente relacionado con su operación de ambulancia terrestre, ¿tenía uno o más miembros individuales del personal que dedicaban un total de al menos media jornada (es decir, 1,000 horas anuales o aproximadamente 20 horas a la semana) a cada una de las siguientes actividades? **No** incluya a las personas cuyos servicios formaban parte de un servicio o servicios externos contratados.
 - a) Facturación (Sí (1), No (0))
 - b) Análisis de datos (Sí (1), No (0))
 - c) Formación (Sí (1), No (0))
 - d) Garantía de calidad médica (Sí (1), No (0))
3. **[Sólo pregunte si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es “Sí” (1)]** Indique la parte asignada de los costos laborales administrativas/de las instalaciones incurridos con respecto a

la organización matriz/oficina central de este NPI, basándose en el enfoque de su organización para asignar los costos a NPI específicas. Asegúrese de no incluir los gastos asociados al personal incluidos en sus respuestas a las preguntas anteriores. (Indique el importe en dólares).

7.3 Trabajo Voluntario

1. **[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se anota trabajo voluntario de EMT/de Respuesta]** ¿Cuántos **individuos** eran EMT/de Respuesta voluntarios durante el período de recopilación de datos de su organización? (Escriba el número).
2. **[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se anota trabajo voluntario de EMT/de Respuesta]** Esta pregunta se refiere a las **horas** de trabajo de los voluntarios de EMT/de Respuesta anualmente durante el período de recogida de datos de su organización. Específicamente:
 - Total de horas de voluntariado para todo el personal EMT/de Respuesta en todas las actividades, incluyendo la ambulancia terrestre y otras actividades.
 - Las horas incluyen el tiempo desde que el voluntario recibe una llamada o un aviso hasta el momento en que termina su llamada, así como el tiempo que pasa en la comisaría realizando tareas como si estuviera siendo pagado. No incluya en este apartado las horas de guardia.

[Tabla prellena basada en las respuestas a la pregunta 1 de la sección 7]

Categoría de personal de EMT/de Respuesta	Total de horas para todo el personal voluntario EMT/ de Respuesta	Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con las operaciones de las ambulancias terrestres	[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se indicó algún personal voluntario EMT/de Respuesta con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública]. Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con los bomberos, la policía y/u otra seguridad pública, operaciones	Total de horas trabajadas relacionadas con todas las demás responsabilidades
EMT - Básico, sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	horas	horas	N/A	horas
EMT - Básico, con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
EMT - Intermedio, sin función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	horas	horas	N/A	horas

EMT - Intermedio, con función de apoyo a los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
EMT - Paramédico, sin apoyo a la función operaciones de bomberos, policía y/u otras operaciones de seguridad pública	horas	horas	N/A	horas
EMT - Paramédico, con función de apoyo a los bomberos, a la policía y/o a otras operaciones de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
Enfermera, médico u otro personal médico sin papel de la seguridad pública	horas	horas	N/A	horas
Enfermera, médico u otro personal médico con función de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
Personal de Respuesta a emergencias médicas (EMR) sin función de seguridad pública	horas	horas	N/A	horas
Personal de Respuesta a emergencias médicas (EMR) con función de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
Conductor de ambulancia terrestre (no EMT/EMR) sin función de seguridad pública	horas	horas	N/A	horas
Conductor de ambulancia terrestre (no EMT/EMR) con función de seguridad pública	horas	horas	horas	horas

3. **[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se anota el trabajo voluntario de administración/en las instalaciones]** ¿Cuántos **individuos** eran voluntarios de **administración/en las instalaciones** durante el período de recopilación de datos de su organización? Lea las siguientes instrucciones antes de responder a esta pregunta.
- Incluya sólo a los voluntarios relacionados con su operación de ambulancia terrestre. **No** incluya a los voluntarios que desempeñan a la vez funciones del personal EMT/de Respuesta y responsabilidades administrativas/en las instalaciones (usted informó de esas personas en el punto 1 anterior) y no incluya a los directores médicos.
Número de personas: (Introducir número)
4. **[Incluya la pregunta 1 de la sección 7, sobre el trabajo voluntario en la administración y**

en las instalaciones.] ¿Cuál fue el número total de horas de trabajo voluntario de **administración/en las instalaciones** al año durante el período de recopilación de datos de su organización?

- Incluya sólo las horas de los voluntarios relacionados con su operación de ambulancia terrestre. **No** incluya las horas de los voluntarios que desempeñan a la vez funciones del personal EMT/de Respuesta y responsabilidades administrativas/en las instalaciones (ha informado de esas personas en el punto 2 anterior) y no incluya las horas de los voluntarios del director médico.

Número total de horas trabajadas anualmente por el personal de administración/en las instalaciones **[Incluya si se ha indicado en la sección 7, pregunta 1, algún personal voluntario de administración/en las instalaciones con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública]** "sin bomberos/policía/otra seguridad pública roles"]: (Ingrese el número)

[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se ha indicado que hay personal voluntario de la administración o en las instalaciones con funciones de bomberos, policía u otra seguridad pública] Número total de horas trabajadas anualmente por el personal de la administración o en las instalaciones con funciones de bomberos, policía u otra seguridad pública: (Ingrese el número)

[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se ha indicado algún personal voluntario de la Administración/En las instalaciones con funciones de bomberos, policía y/u otras funciones de seguridad pública] Número de horas relacionadas con actividades de bomberos/policiales/otras actividades de seguridad pública para el personal de la Administración/en las instalaciones con funciones de bomberos/policiales/otras funciones de seguridad pública: (Ingrese el número)

Número de horas relacionadas con todas las demás responsabilidades del personal de administración/en las instalaciones **[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, "sin funciones de bomberos/policía/otras funciones de seguridad pública", se ha indicado que hay personal voluntario de administración/en las instalaciones con funciones de bomberos, policía y/u otras funciones de seguridad pública]**: (Ingrese el número)

[Incluya si en la sección 7, pregunta 1, se ha indicado que hay personal voluntario de la Administración/En las instalaciones con funciones de bomberos, policía y/u otra seguridad pública] Número de horas relacionadas con todas las demás responsabilidades del personal de la Administración/En las instalaciones con funciones de bomberos/policía/otra seguridad pública: (Ingrese el número)

5. **[Incluya si la Sección 7, Pregunta 1, trabajo voluntario del director médico está anotado]** ¿Cuál fue el número total de horas de trabajo voluntario **del director médico** durante el período de recolección de datos de su organización?
 - Número de horas: (Introducir número)
 - Número de horas no relacionadas con las actividades de la ambulancia terrestre: (Introducir número)
6. ¿Proporcionó su organización estipendios, honorarios, beneficios y/u otras compensaciones por el trabajo voluntario de las ambulancias terrestres? Sí (1), No (0)
 - i. **[En caso afirmativo (1)]** ¿Cuál fue el costo total de todas las compensaciones de los voluntarios (por ejemplo, estipendios y/o beneficios) durante el período de recopilación de datos de su organización? (Indique el importe en dólares)
7. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Indique la parte asignada de los costos asociados a la mano de obra voluntaria incurridos con respecto a la organización matriz/oficina central de esta NPI según el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Indique el importe en dólares).

8 Costos de las instalaciones

En esta sección se pregunta por los costos de las instalaciones de su organización de ambulancias terrestres. Estas instalaciones pueden haber sido utilizadas para centros de despacho/llamada, almacenamiento de vehículos, personal administrativo y de EMT, u otras actividades para apoyar los servicios de ambulancia terrestre de su organización. **[Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia: "No incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas". [Incluya sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1)] No incluya ninguna "instalación de oficina central" que preste servicios a múltiples NPI, excepto cuando se solicite específicamente (sección 8.2, pregunta 2 y sección 8.3, pregunta 2).**

8.1. Información sobre las instalaciones

1. ¿Cuántas instalaciones totales (edificios separados) utilizó su NPI en relación con sus operaciones de ambulancia terrestre? Piense en las instalaciones que tenía para los centros de despacho/llamada, los garajes y el personal administrativo y de EMT. No incluya las instalaciones que fueron usadas por entidades contratadas que su organización no ocupa por sí misma (por ejemplo, un centro de llamadas al que paga una cuota mensual por los servicios de llamadas). (Indique el número)
2. Indique el nombre o la función de las instalaciones que se usaron para apoyar los servicios de ambulancia terrestre de su organización (por ejemplo, centro de despacho/llamada, garaje, edificio administrativo, edificio del personal de EMT). Si tiene un solo edificio para los centros de envío/llamada, los garajes y el personal administrativo y de EMT, indique sólo ese edificio.
 - Establecimiento 1: (Introducir el nombre)
 - Establecimiento 2: (Introducir el nombre)
 - Instalación 3, etc.: (Introducir el nombre)
3. Para cada una de las siguientes instalaciones, marque la opción que mejor se aplique e Ingrese los metros cuadrados y el porcentaje de metros cuadrados asociados a los servicios de ambulancia terrestre. **[La siguiente matriz se rellenará a partir de las respuestas a la pregunta 2 de la sección 8.1].**
 - Indique los metros cuadrados totales de las instalaciones. Por ejemplo, indique el total de metros cuadrados de una instalación utilizada tanto para los vehículos de bomberos como para las ambulancias terrestres y las respuestas.
 - Indique su mejor estimación de la parte de la instalación asociada a los servicios de ambulancia terrestre. No incluya las áreas de garaje, almacenamiento y personal usadas para la respuesta a incendios. Incluya una parte de los espacios de oficina y comunes relacionados tanto con la ambulancia terrestre como con otras actividades que sea proporcional a su parte del total de respuestas que son respuestas de ambulancia terrestre. Por ejemplo, si la mitad de las respuestas de su organización son respuestas de ambulancia terrestre, incluya la mitad de los metros cuadrados de estas áreas.

Nombre del centro [Ingrese el nombre]	Su organización u otra entidad ha pagado el alquiler o el arrendamiento de las instalaciones	Su organización u otra entidad era la propietaria de la instalación y pagaba la hipoteca, los intereses u otros pagos hacia la propiedad	Su organización u otra entidad es la propietaria absoluta de la instalación	Las instalaciones fueron donadas - sin costos (excluyendo el mantenimiento, los servicios públicos, los seguros y los impuestos)	Superficie de las instalaciones	Porcentaje de los metros cuadrados de sus instalaciones relacionados con los servicios de ambulancia terrestre
Nombre de instalación 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese el número	Entre en porcentaje
Nombre de instalación 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre en Número	Entre en porcentaje
Nombre de Instalación [x]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese el número	Ingrese el porcentaje

8.2. Arrendamiento anual, hipoteca y otros costos de titularidad para las instalaciones

1. **[Si la pregunta 3 de la sección 8.1 es "su organización u otra entidad es la propietaria de la instalación e hipotecado..." o "Su organización u otra entidad es propietaria absoluta de la instalación" para al menos una instalación] ¿Calculó su organización los gastos anuales de amortización de algunas o todas sus instalaciones durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0).**
2. Indique el alquiler anual o el costo de propiedad de cada instalación durante el período de recopilación de datos de su organización. Incluya los gastos de las instalaciones que estén parcialmente relacionadas con sus operaciones de ambulancia terrestre. Los gastos anuales de propiedad pueden incluir los costos de depreciación, los gastos de adquisición (en el caso de instalaciones compradas directamente durante el período de recopilación de datos de su organización y para las que no se calculan los gastos de depreciación, los intereses hipotecarios anuales, los intereses de los bonos y otros costos de propiedad. No incluya los costos de seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos en los gastos de propiedad que declara en esta pregunta. Deberá informar sobre estos costos en el apartado 8.3.

[Sección 8.2, Pregunta 1 = "No"] Ha indicado anteriormente que su organización no calculó los gastos de depreciación anual de las instalaciones durante el período de recopilación de datos de su organización. No incluya los gastos de depreciación en su respuesta a esta pregunta. Indique los costos de adquisición de las instalaciones sólo si las compró durante el período de recopilación de datos de su organización.

[Si >0 instalaciones propias en la sección 8.1 y la sección 8.2, pregunta 1 = "Sí"] No declare los costos de adquisición de edificios si declara un gasto de depreciación anual para el mismo edificio. Si su organización calcula los costos de depreciación para múltiples propósitos (por ejemplo, depreciación para propósitos de incentivos fiscales comparado con Principios Contables Generalmente Aceptados (GAAP, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditoría estándar), reporte el gasto de depreciación capturado para propósitos de auditoría estándar.

[Presente las opciones siguientes en función de las respuestas a la pregunta 3 de la sección 8.1].

Nombre del establecimiento [rellenar con los nombres introducidos en el punto anterior]	[SI ES ALQUILADO/ ARRENDADO] Gastos anuales de arrendamiento o alquiler de cada instalación	[SI ES DE SU PROPIEDAD y la sección 8.2, Pregunta 1=Si] Gasto anual de depreciación	Gasto total de adquisición si se compra directamente durante el período de recopilación de datos de su organización	[SI ES DE SU PROPIEDAD, pagos] Intereses hipotecarios anuales, intereses de bonos u otros costos de propiedad (incluidos los pagos contra el principal si la depreciación anual gasto no reportado)	[No hay gastos anuales de propiedad (excluyendo el mantenimiento, los servicios públicos, el seguro y los impuestos) para las instalaciones de su propiedad total o donadas.
Nombre de la instalación 1	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>
Nombre de la instalación 2	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>
Nombre de la instalación [x]	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>

3. [Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (NPI múltiples) es Sí (1)] Indique la parte asignada de los costos de alquiler, arrendamiento o propiedad de instalaciones incurridos con respecto a su organización matriz/oficina central (por ejemplo, edificios corporativos o regionales, garajes o instalaciones de servicio que atienden a varios NPI) a este NPI según el enfoque de su organización para asignar los gastos anuales a NPI específicos. (Ingrese el importe en dólares)

8.3. Seguro, mantenimiento, servicios públicos e Impuestos

- Indique el importe total que su organización pagó por lo siguiente durante el período de recopilación de datos de su organización. El total incluye los costos pagados por otra organización o entidad en su nombre e incluye los costos de todas las instalaciones enumeradas anteriormente que estaban parcial o totalmente relacionadas con sus operaciones de ambulancia terrestre. Excluya las donaciones o las excepciones para las que no hubo costos. Si declara un importe específico para sus **operaciones de ambulancia terrestre**, declare el 100% en la segunda columna. Si declara un importe que refleja los costos de sus operaciones de ambulancia terrestre y de otras operaciones -por ejemplo, operaciones de bomberos, policía o proveedores de Medicare-, declare la parte del total declarado asociada a las **operaciones de ambulancia terrestre de su organización**.

Costos	Importe	Porcentaje asociado con sus operaciones de ambulancia terrestre
Costos totales de los seguros relacionados con las instalaciones durante el período de recopilación de datos de su organización. Ingrese el importe en dólares.	Ingrese el importe	Ingrese el porcentaje
Costos totales de mantenimiento y mejora de las instalaciones para el período de recopilación de datos de su organización. No incluya ningún costo de mano de obra si se incluyen en la sección de mano de obra del instrumento. Ingrese el importe en dólares.	Ingrese el importe	Ingrese el porcentaje
Costos totales de los servicios públicos de las instalaciones para el período de recopilación de datos de su organización. Ingrese cantidad de dólares.	Ingrese el importe	Ingrese el porcentaje
Total de impuestos de las instalaciones para el período de recopilación de datos de su organización. No incluya ningún impuesto si está incluido en la sección de hipotecas del instrumento. Ingrese el importe en dólares.	Ingrese el importe	Ingrese el porcentaje

2. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Indique la parte asignada de los costos de seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos incurridos con respecto a su organización matriz/oficina central (por ejemplo, edificios corporativos o regionales, garajes o instalaciones de servicio que sirven a múltiples NPI) a este NPI basándose en el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Indique el importe en dólares)

9 Costos de los vehículos

Las siguientes preguntas se refieren a los vehículos que utiliza su organización.

9.1. Costos de los vehículos de ambulancia terrestre

Para cada una de las siguientes preguntas, considere sólo los vehículos que constituyen **ambulancias terrestres** en su jurisdicción, según la normativa estatal o local. A efectos de este instrumento de recopilación de datos, las ambulancias terrestres incluyen tanto las terrestres como las acuáticas. Incluya todas las ambulancias terrestres independientemente de si la ambulancia transportó pacientes o si usted facturó los transportes realizados por esta ambulancia. **No** incluya los camiones de bomberos, vehículos de rescate u otros vehículos que no se consideren ambulancias terrestres en su jurisdicción - se preguntará por ellos más adelante. **[Incluya sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1)]** **No** incluya ningún "vehículo de oficina central" que preste servicio a múltiples NPI, excepto cuando se solicite específicamente (sección 9.2, pregunta 6 y sección 9.3, pregunta 6).

1. ¿Cuántas ambulancias terrestres posee su organización (incluidos los vehículos comprados, regalados o donados)? (Indique el número)
 - a. **[Si la pregunta 1 de la sección 9.1 es >0]** ¿Calculó su organización los gastos anuales de depreciación de algunas o todas sus ambulancias terrestres durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0).
2. ¿Cuántas ambulancias terrestres alquila su organización? (Indique el número)

3. **[Si la pregunta 11 de la sección 2 es Sí (1)]** ¿Cuál fue el número total de millas (facturadas y no facturadas) recorridas por las ambulancias terrestres por cualquier motivo durante el período de recopilación de datos de su organización? (Ingrese el número de millas)
4. **[Si la pregunta 12 de la sección 2 es Sí (1)]** ¿Cuál fue el número total de millas reglamentarias (facturadas y no facturadas) recorridas por las ambulancias acuáticas por cualquier motivo durante el período de recopilación de datos de su organización? (Ingrese el número de millas)
5. Comunique la siguiente información, incluidos los gastos anuales de alquiler/arrendamiento o los gastos anuales de propiedad, para cada ambulancia terrestre en propiedad y/o arrendada. Los gastos anuales de propiedad pueden incluir los gastos anuales de depreciación y los pagos de intereses. No incluya los costos de registro, licencia, seguro, mantenimiento y combustible en los gastos de propiedad que declara en esta pregunta. Deberá informar sobre estos costos en la sección 9.3 a continuación. **[Si 9.1, Pregunta 1a="No"]** Ha indicado anteriormente que su organización no ha calculado los gastos de depreciación anuales de las ambulancias terrestres durante el período de recopilación de datos de su organización. No incluya los gastos de depreciación en su respuesta a esta pregunta. Indique los costos de adquisición de las ambulancias terrestres sólo si compró el vehículo en su totalidad durante el período de recopilación de datos de su organización. **[Si la Sección 9.1, Pregunta 1 >0 y la Sección 9.1, Pregunta 1a="Sí"]** No reporte los costos de adquisición de ambulancias terrestres relacionados con un gasto de depreciación anual para la misma ambulancia terrestre. Si su organización calcula los costos de depreciación con múltiples fines (por ejemplo, depreciación con fines de incentivos fiscales comparado con los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA, por sus siglas en inglés) con fines de auditoría estándar), informe de los costos de depreciación captados con fines de auditoría estándar.

[Opción 1: Si es PROPIETARIO. El número de filas se determina en función de la respuesta a la pregunta 1 de la sección 9.1. Los encuestados podrán nombrar cada vehículo].

Ambulancia terrestre propia	¿Se utilizó esta ambulancia para transportar pacientes durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0) [Sino (0), muestran la siguiente advertencia: "No debe incluir en este instrumento ningún vehículo que no haya sido usado para responder a las llamadas de ambulancias terrestres o para apoyar a las mismas". operaciones de ambulancia"].	¿Esta ambulancia fue donada? Sí, (1) No (0)	[Si no (0) en la columna anterior y la sección 9.1, pregunta 1a="Sí"] ¿Cuál fue el gasto anual de depreciación [Si la sección 9.1, pregunta 1a="No"] ¿Cuál fue el costo de la compra si se adquirió durante el período de recopilación de datos de su organización?	Intereses anuales del préstamo u otros costos de titularidad no declarados anteriormente	¿Se volvió a montar esta ambulancia durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0)	[Si la respuesta es Sí (1) en la columna anterior] ¿Cuál fue el costo para su organización del nuevo montaje?
Ambulancia #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe
Ambulancia #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe
Ambulancia #3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe
Ambulancia [x]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe

[Opción 2: Si se alquila. El número de filas se determina en función de la respuesta a la sección 9.1, pregunta 2. Los encuestados podrán nombrar cada vehículo].

Ambulancia terrestre alquilada	¿Se empleó esta ambulancia para transportar pacientes durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0)	Costo total del alquiler de esta ambulancia durante el período de recopilación de datos de su organización
Ambulancia #1	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe
Ambulancia #2	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe
Ambulancia #3	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe
Ambulancia [x]	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe

6. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Por favor, informe de la parte asignada de los costos de los vehículos de ambulancia terrestre incurridos con respecto a la matriz organización/oficina central de este NPI basado en el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Ingrese el importe en dólares)

9.2. Otros costos de vehículos (no de ambulancia)

En esta sección se pregunta por los vehículos que se emplearon para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o para apoyar las operaciones de ambulancia terrestre que **no** son ambulancias terrestres. Estos vehículos pueden incluir SUV, camiones, QRV, "coches voladores", coches líderes, vehículos de "carrera corta", vehículos de supervisión u otros tipos de vehículos. **No** incluya los vehículos que cumplen con los requisitos de una ambulancia terrestre en su jurisdicción; a esos se les preguntó en la sección anterior. **[Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia:] "No incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas."**

1. ¿Era usted propietario o arrendatario de algún **vehículo que no fuera de ambulancia** (incluidos los vehículos comprados, regalados o donados) que se empleara para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o para apoyar las operaciones de ambulancia terrestre? Sí (1), No (0)
 - a. **[Sí (1), continúe con las preguntas de esta sección.**
 - b. **No (0), pase a la sección 9.3].**
2. ¿Cuántos vehículos que no son de ambulancia poseía o alquilaba su organización (incluidos los vehículos comprados, regalados o donados) que se empleaban para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o para apoyar las operaciones de ambulancia terrestre? Entre ellos se incluyen camiones de bomberos, vehículos de rescate terrestres o acuáticos, vehículos que responden a emergencias pero que no están diseñados para transportar pacientes (por ejemplo, QRV, "coches voladores", coches líderes o vehículos "carrera corta"), vehículos de supervisión u otros tipos de vehículos.
 - a. Número de vehículos PROPIOS que no son de ambulancia (incluya los vehículos donados): (Ingrese el número)
 - b. **[Si la pregunta 2a de la sección 9.2 es >0]** ¿Calculó su organización los gastos anuales de depreciación de algunos o todos los vehículos que no son de ambulancia durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0).
 - c. Número de vehículos ALQUILADOS que no son de ambulancia: (Introducir número)
3. ¿Cuál fue el número total de kilómetros recorridos por vehículos terrestres que no son de ambulancia por cualquier motivo durante el período de recopilación de datos de su organización? (Ingrese el número de millas)
4. ¿Cuál fue el número total de kilómetros recorridos por vehículos acuáticos que no son de ambulancia por cualquier motivo durante el período de recopilación de datos de su organización? (Ingrese el número de millas)
5. Comunique la siguiente información, incluidos los gastos anuales de alquiler/arrendamiento o los gastos anuales de propiedad, para cada vehículo propio y/o arrendado que no sea una ambulancia. Los gastos anuales de propiedad pueden incluir los gastos anuales de depreciación y los pagos de intereses. No incluya los gastos de matriculación, licencia, seguro, mantenimiento y combustible en los gastos de propiedad declarados en esta pregunta. Deberá informar sobre estos costos en la sección 9.3 a continuación. **[Si el apartado 9.1, pregunta 1a="No"]** Ha indicado anteriormente que su organización no ha calculado los gastos de depreciación anual de los vehículos que no son de ambulancia durante el período de recopilación de datos de su organización. No incluya los gastos de depreciación en su respuesta a esta pregunta. Indique los gastos de adquisición de vehículos que no sean de ambulancia sólo si compró el vehículo en su totalidad durante el período de recopilación de datos de su organización. **[Si la pregunta 1a de la sección 9.1 es "Sí",** no indique los costos de adquisición de vehículos distintos de las ambulancias relacionados con un gasto de depreciación anual para la misma ambulancia terrestre. Si su organización calcula el gasto de depreciación para múltiples propósitos (por ejemplo, depreciación a efectos de incentivos fiscales frente a los Principios Contables Generalmente Admitidos (GAAP, por sus siglas en inglés) a efectos de auditoría estándar),

por favor, informe del gasto de depreciación capturado a efectos de auditoría estándar.

[Opción 1: Si es PROPIETARIO. El número de columnas se determina en función de la respuesta a la sección 9.2, pregunta 2a. Los encuestados podrán nombrar cada vehículo].

Vehículo propio no ambulancia	¿Se utilizó este vehículo para responder a llamadas de ambulancia terrestre o para apoyar las operaciones de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0) [Sino (0), muestran la siguiente advertencia: "No debe incluir en este instrumento ningún vehículo que no haya sido empleado para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o para apoyar las operaciones de ambulancia terrestre"].	¿Qué tipo de vehículo es? (Menú desplegable: Camión de bomberos; Vehículo de rescate terrestre, Vehículo de rescate acuático, Vehículo que responde a emergencias pero que no está diseñado para transportar pacientes (por ejemplo, QRV, "coches voladores", coches líderes o vehículos "carrera corta"), otro vehículo)	¿Este vehículo fue donado? Sí (1), No (0)	[Si no (0) en la columna anterior y la sección 9.2, pregunta 1b="Sí"] ¿Cuál fue el gasto anual de depreciación [Si la sección 9.2, pregunta 1b="No"] ¿Cuál fue el costo de la compra, si se adquirió durante el período de recopilación de datos de su organización?	Intereses anuales del préstamo u otros costos de propiedad no declarados anteriormente (incluidos los pagos contra el principal si no se declaran los gastos anuales de depreciación)	¿Qué porcentaje de los kilómetros recorridos por el vehículo estaba relacionada con los servicios de ambulancia terrestre?
Vehículo #1	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el %
Vehículo #2	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el %
Vehículo #3	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el %
Vehículo [x]	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe	Ingrese el importe	Ingrese el %

[Opción 2: Si se alquila. El número de columnas se determina en función de la respuesta a la sección 9.2, pregunta 2b. Los encuestados podrán nombrar cada vehículo].

Vehículo alquilado no ambulancia	¿Se utilizó este vehículo para responder a llamadas de ambulancia terrestre o para apoyar las operaciones de ambulancia terrestre durante el periodo de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0)	¿Qué tipo de vehículo es? (Menú desplegable: Camión de bomberos; Vehículo de rescate terrestre, Vehículo de rescate acuático, Vehículo que responde a emergencias pero que no está diseñado para transportar pacientes (por ejemplo, QRV, "coches voladores", coches líderes o vehículos "carrera corta"), otro vehículo)	[Si no (0) a la pregunta anterior] ¿Cuál fue el gasto anual por el alquiler de este vehículo?	¿Qué proporción de los kilómetros recorridos por el vehículo estaba relacionada con los servicios de ambulancia terrestre?
Vehículo #1	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	Ingrese el importe	Ingrese el %
Vehículo #2	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	Ingrese el importe	Ingrese el %
Vehículo #3	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	Ingrese el importe	Ingrese el %
Vehículo [x]	<input type="checkbox"/>	Ingrese el tipo	Ingrese el importe	Ingrese el %

6. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Indique la parte asignada de los costos de vehículos no relacionados con la ambulancia incurridos a nivel de la organización matriz/oficina central de esta NPI, según el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Indique el importe en dólares)

9.3. Otros costos asociados a los vehículos de

[Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia "No incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas".]

- ¿Cuál fue el costo total de **matriculación** de todos los vehículos (ambulancia terrestre y no ambulancia) utilizados para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o apoyar las operaciones de ambulancia terrestre durante el periodo de recopilación de datos de su organización? (Escriba la cantidad en dólares)
- ¿Cuál fue el costo total de **la licencia** de todos los vehículos (ambulancia terrestre y no ambulancia) utilizados para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o apoyar las operaciones de ambulancia terrestre durante el periodo de recopilación de datos de su organización? (Ingrese la cantidad en dólares)
- ¿Cuál fue el costo total **del seguro** de todos los vehículos (ambulancia terrestre y no ambulancia) utilizados para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o apoyar las operaciones de ambulancia terrestre durante el periodo de recopilación de datos de su organización? **[Instrucción adicional si Servicios compartidos = Sí: Si otra entidad paga el costo del seguro de los vehículos utilizados en la respuesta de ambulancia terrestre, registre el costo de los vehículos utilizados por su organización].** (Indique el importe en dólares)
- ¿Cuál fue el costo total de **mantenimiento** de todos los vehículos (ambulancia terrestre y no ambulancia) utilizados para responder a las llamadas de ambulancia terrestre o apoyar las operaciones de ambulancia terrestre durante el periodo de recopilación de datos de su organización? **No** incluya ningún costo de mano de obra interna ya incluido en la sección de mano de obra ni ningún servicio o contrato externo (se le pedirá que lo comunique más adelante). (Ingrese la cantidad en dólares)
 - Indique la parte de los costos de mantenimiento atribuible a: **[Pregunte sólo si**

la sección 9.2, pregunta 1=Sí; se rellena automáticamente en función de las respuestas a la sección 9.2, pregunta 5]

- i. Ambulancias terrestres: (Ingrese el porcentaje)
 - ii. Camiones de bomberos: (Ingrese el porcentaje)
 - iii. Vehículos de rescate terrestre: (Ingrese el porcentaje)
 - iv. Vehículos de rescate acuático: (Ingrese el porcentaje)
 - v. Otros vehículos que responden a las emergencias (pero que no están diseñados para transportar pacientes): (Ingrese el porcentaje)
 - vi. Otros vehículos: (Ingrese el porcentaje)
5. ¿Cuál fue el costo total **del combustible** de todos los vehículos utilizados para responder a las llamadas de ambulancias terrestres o para apoyar las operaciones de las ambulancias terrestres en el período de recopilación de datos de su organización?
[Instrucción adicional si Servicios compartidos = Sí: "Si otra entidad paga el costo del combustible de los vehículos utilizados en la respuesta de las ambulancias terrestres, registre el costo de los vehículos utilizados por su organización"]. (Ingrese el importe en dólares)
- a. Indique la parte de los costos de combustible atribuible a: **[Pregunte sólo si la sección 9.2, pregunta 1=Sí; se rellena automáticamente en función de las respuestas a la sección 9.2, pregunta 5]**
 - i. Ambulancias terrestres: (Ingrese el porcentaje)
 - ii. Camiones de bomberos: (Ingrese el porcentaje)
 - iii. Vehículos de rescate terrestre: (Ingrese el porcentaje)
 - iv. Vehículos de rescate acuático: (Ingrese el porcentaje)
 - v. Otros vehículos que responden a las emergencias (pero que no están diseñados para transportar pacientes): (Ingrese el porcentaje)
 - vi. Otros vehículos: (Ingrese el porcentaje)
6. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1)]** Indique la parte asignada de los costos de registro, licencia, seguro, mantenimiento y combustible incurridos con respecto a la organización matriz/oficina central de esta NPI, basándose en el enfoque de su organización para asignar a NPI específicas. (Indique el importe en dólares)

10 Costos de equipos, consumibles y suministros

En este apartado se pregunta por los costos de equipamiento, consumibles y suministros.

- Por favor, utilice las directrices de su organización para clasificar los bienes como gastos de capital comparado con los gastos de operación y para informar de los gastos de depreciación anual, si procede.
- En el caso de los bienes de equipo alquilados y los equipos médicos y no médicos, el costo anual es el costo anual del arrendamiento del equipo.
- Para todas las categorías de costos de esta sección: Si tiene una relación continua con una organización que paga este costo para su organización, informe del costo aquí. De lo contrario, no incluya los costos de los artículos donados.
- Si declara un importe específico para sus **operaciones de ambulancia terrestre**, declare el 100% en la segunda columna. Si notifica un importe que refleje los costos de su ambulancia terrestre y otras operaciones, por ejemplo, de los bomberos, la policía o los proveedores de Medicare, notifique la parte del total notificado asociada a las **operaciones de la ambulancia terrestre de su organización**.
- **[Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia "No incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas"]**.
- **[Incluya sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1).] No** incluya

ningún "equipo de oficina central" que sirva a múltiples NPI, excepto cuando se solicite específicamente (sección 10.2, pregunta 4).

10.1. Equipos y suministros médicos

1. Por favor, informe de todo el **equipo médico de capital** que su organización utilizó en su totalidad o en parte para los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización. El equipo médico de capital se refiere al equipo que puede soportar un uso repetido; incluye, pero no se limita a, desfibriladores, ventiladores, monitores y elevadores eléctricos.
 - a. ¿Calculó su organización los gastos anuales de depreciación de algunos o todos los equipos médicos de capital durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0)
 - i. **[Si la respuesta es Sí (1) a la pregunta 1a]** ¿Cuál fue el total de gastos anuales de depreciación de equipos médicos? Si su organización calcula los costos de depreciación para múltiples propósitos (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales frente a los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA, por sus siglas en inglés) para fines de auditoría estándar), por favor informe el gasto de depreciación capturado para fines de auditoría estándar. La mayoría de las organizaciones amortizan los costos a lo largo de la vida útil del bien (Ingrese el importe)
 - ii. ¿Cuánto gastó en la compra de equipos médicos durante el período de recopilación de datos de su organización? Indique sólo los costos de compra de los equipos que haya adquirido durante el período de recopilación de datos de su organización **[En caso afirmativo (1) a la pregunta 1a]** y para los que no haya declarado un gasto de depreciación en la pregunta 1.a.i.
 - iii. Si procede, ¿cuáles fueron sus gastos relacionados con el alquiler y/o el pago de intereses relacionados con el equipo médico de capital?
 - b. Costos de mantenimiento, certificación o servicio (**no** incluya ningún costo que incluya en otra parte del instrumento): (Ingrese el importe)
 - c. ¿Cuál fue el porcentaje de los **gastos de equipo médico de capital** atribuible a los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? Indique el 100% si todos los gastos de equipo médico de capital están relacionados con los servicios de ambulancia terrestre. Indique menos del 100% si algunos de los gastos de equipo médico de capital están relacionados tanto con los servicios de ambulancia terrestre como con otros fines (por ejemplo, ambulancia aérea o usos hospitalarios). (Indique el porcentaje)
2. ¿Tuvo su organización algunos costos asociados a la compra de **medicamentos** para los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0)

[Si la respuesta es Sí (1), responda a la pregunta 2a]
[Si la respuesta es No (0), pase a la pregunta 2b]

 - a. **[Si la respuesta es Sí (1):]** ¿Puede declarar estos costos por separado de otros suministros médicos y consumibles? Sí (1), No (0)
[Si la respuesta es Sí (1), responda a la pregunta 2.a.i]
[Si la respuesta es No (0):] Mostrar advertencia: "Incluya el costo de los medicamentos con otros costos de equipos médicos, suministros y consumibles".
Entonces pase a la pregunta 3.]
 - i. **[Si la respuesta es Sí (1):]** ¿Cuál fue el costo total de los medicamentos que su organización adquirió durante el período de recopilación de datos de su organización para los servicios de ambulancia terrestre? No incluya las

donaciones en especie. (Ingrese la cantidad en dólares)

- b. **[Si la respuesta a la pregunta 2 de la sección 10.1 es No(0)]**: Por favor, seleccione todas las razones por las que no costos asociados a los medicamentos durante el período de recopilación de datos de su organización:
- i. **[No mostrar si la sección 2, pregunta 7 = d]** Los medicamentos son suministrados por un hospital u hospitales. Sí (1), No (0)
 - ii. Los costos son pagados por otra entidad (por ejemplo, el municipio). Sí (1), No (0)
 - iii. Los medicamentos fueron donados o proporcionados en especie. Sí (1), No (0)
 - iv. No almacenamos medicamentos en nuestras ambulancias terrestres. Sí (1), No (0)
3. ¿Cuál fue el costo total de todos los demás **equipos médicos, suministros y consumibles** (por ejemplo, vendas, gasas, guantes, palanganas, oxígeno, agua estéril, estetoscopios, manguitos de presión arterial, suministros intravenosos) que su organización compró durante el período de recopilación de datos de su organización? Incluya todo el equipo médico, los suministros y los consumibles que **no** se hayan declarado en las secciones anteriores de costos de capital en equipos/suministros médicos y medicamentos. (Indique el importe en dólares)
- a. ¿Cuál fue el porcentaje de costos de suministros médicos y consumibles atribuibles a los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? Indique el 100% si todos los gastos en equipos, suministros y consumibles están relacionados únicamente con los servicios de ambulancia terrestre. Indique menos del 100% si algunos de los costos en equipos, suministros y consumibles estaban relacionados tanto con los servicios de ambulancia terrestre como con otros fines (por ejemplo, ambulancia aérea o usos hospitalarios). (Indique el porcentaje)
4. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1)]** Indique la parte asignada de los gastos de equipos y suministros médicos incurridos con respecto a la organización matriz/oficina central de este NPI según el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Indique el importe en dólares).

10.2. Equipos/suministros no médicos

1. Por favor, informe sobre el **equipo no médico de capital** que su organización adquirió y utilizó para los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización. El equipo no médico de capital se refiere al equipo que puede soportar un uso repetido; incluye, pero no se limita a, ordenadores, equipo de despachos y mobiliario.
 - a. ¿Calculó su organización los gastos anuales de depreciación de algunos o todos los equipos no médicos durante el período de recopilación de datos de su organización? Sí (1), No (0)
 - i. **[Si la respuesta es Sí (1), responda a la pregunta 1a]** ¿Cuál fue el total de gastos de depreciación anual de los equipos no médicos? Si su organización calcula los costos de depreciación para múltiples propósitos (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales frente a los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA, por sus siglas en inglés) para fines de auditoría estándar), por favor informe el gasto de depreciación capturado para fines de auditoría estándar. La mayoría de las organizaciones amortizan los costos a lo largo de la vida útil del bien (Ingrese el importe)
 - ii. ¿Cuánto gastó en la compra de equipos no médicos durante el período

de recopilación de datos de su organización? Indique sólo los costos de compra de equipos que haya adquirido durante el período de recopilación de datos de su organización **[Si la respuesta es Sí (1), responda a la pregunta 1a]** y para los que no haya indicado un gasto de depreciación en la pregunta 1.a.i.

- iii. Si procede, ¿cuáles fueron sus gastos relacionados con el alquiler y/o el pago de intereses relacionados con el equipo médico de capital?
 - b. Costos de mantenimiento, certificación o servicio (**no** incluya ningún costo que incluya en otra parte del instrumento): (Ingrese el importe)
 - c. ¿El porcentaje de **gastos en equipo no médico** fue atribuible a los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? Indique el 100% si todos los gastos de equipo no médico de capital se relacionaron únicamente con los servicios de ambulancia terrestre. Indique menos del 100% si algunos gastos de equipo no médicos de capital estaban relacionados tanto con los servicios de ambulancia terrestre como con otros fines (por ejemplo, ambulancia aérea o usos hospitalarios). (Indique el porcentaje)
2. ¿Cuál fue el costo total anual de los **uniformes** adquiridos por su organización durante el período de recopilación de datos de su organización para los servicios de ambulancia terrestre? (Escriba la cantidad en dólares)
 - a. **[Si son servicios compartidos = Sí:]** ¿Cuál fue el porcentaje de **gastos de uniformes** atribuibles a los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? (Ingrese el porcentaje)
3. ¿Cuál fue el costo total de otros suministros no médicos (por ejemplo, papel, material de oficina, franqueo) que su organización compró durante el período de recopilación de datos de su organización? (Escriba la cantidad en dólares)
 - a. ¿Cuál fue el **porcentaje de gastos de suministros no médicos** atribuibles a los servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización? Indique el 100% si todos los gastos de suministros no médicos estaban relacionados únicamente con los servicios de ambulancia terrestre. Indique menos del 100% si algunos gastos de suministros no médicos estaban relacionados tanto con los servicios de ambulancia terrestre como con otros fines (por ejemplo, ambulancia aérea o usos hospitalarios). (Indique el porcentaje)
4. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 es Sí (1):]** Indique la parte asignada de los **gastos de equipos y suministros no médicos** incurridos a nivel de la organización matriz/oficina central de esta NPI, basándose en el enfoque de su organización para asignar los costos a NPI específicas. (Indique el importe en dólares)

11 Otros costos

En esta sección se pregunta por los **costos adicionales** durante el período de recopilación de datos de su organización no cubiertos en las secciones anteriores, directamente relacionados con el apoyo a los servicios de ambulancia terrestre de su organización. Incluya sólo los costos que **no se hayan** cubierto anteriormente en este instrumento.

En general, si declara un importe específico para sus **operaciones de ambulancia terrestre**, declare el 100% en la segunda columna. Si declara un importe que refleja los costos de sus operaciones de

ambulancia terrestre y otras operaciones - por ejemplo, operaciones de bomberos, policía o proveedores de Medicare, entonces declare la parte del total declarado asociada a las **operaciones de ambulancia terrestre de su organización**. **[Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia: "No incluya los servicios de ambulancia aérea al responder a las siguientes preguntas"]**. **[Incluya sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1)]** No incluya ningún otro costo de "oficina central" que se aplique a múltiples NPI, excepto cuando se solicite específicamente (preguntas 2 y 5).

1. Indique los costos en los que incurrió su organización por **servicios externos contratados** por los que pagó una tarifa (incluyendo la mano de obra, los suministros, etc.) que no fueron declarados en otra parte en este instrumento, como la tarifa de servicio de despacho/centro de llamadas, para apoyar sus servicios de ambulancia terrestre. ¿Su organización utilizó alguno de los siguientes servicios **contratados** durante el período de recopilación de datos de su organización?

Seleccione todos los que correspondan e indique el costo total de cada servicio externo contratado y, si procede, el porcentaje del costo atribuible a los servicios de ambulancia terrestre. **No incluya ningún costo ya comunicado en otra parte de este instrumento.**

Tipo	Servicio contratado durante el período de recopilación de datos de su organización	[Si se ha seleccionado] Costo total del servicio	Porcentaje de este costo atribuible a la ambulancia terrestre servicios
Servicio de facturación	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Servicio de contabilidad	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Servicio de mantenimiento y reparación de vehículos	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Despacho/centro de llamadas servicio	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Servicios de mantenimiento de instalaciones	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Servicio de apoyo informático	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Labor de EMT/de Respuesta	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje

2. **[Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1):]** Indique la parte asignada de estos servicios incurrida a nivel de la organización matriz/oficina central de esta NPI, basándose en el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Ingrese el importe en dólares)
3. Indique si su organización incurrió en alguno de los siguientes gastos durante el período de recopilación de datos de su organización. Estos gastos deben estar parcial o totalmente relacionados con el apoyo a los servicios de ambulancia terrestre de su organización. **No incluya ningunos costos ya informados en otra parte de este instrumento.**

[Nota: A todos los encuestados se les presentará lo siguiente].

Categoría	Respuesta
Gastos médicos o relacionados con la ambulancia terrestre	
Tasas de retirada de residuos y medicamentos de riesgo biológico	Sí (1), No (0)
Honorarios a los médicos para que supervisen a los paramédicos y proporcionen calidad segura (excluyendo la labor del director médico , que debe incluirse en la pregunta 1 anterior o en la sección de mano de obra)	Sí (1), No (0)
Lavandería	Sí (1), No (0)
Gastos administrativos y generales	
Viajes que no sean de formación (incluyendo alojamiento, transporte, diarios y otros costos relacionados con el viaje)	Sí (1), No (0)
Cuotas de organizaciones, suscripciones	Sí (1), No (0)
Subvenciones pagadas a otras organizaciones (por ejemplo, el departamento de bomberos, el centro de despacho)	Sí (1), No (0)
Fondos pagados a otras organizaciones de ambulancias terrestres por servicios (por ejemplo, personal paramédico para transportes en ambulancia terrestre BLS). No incluya los costos de mano de obra interna ya incluidos en la sección de mano de obra o cualquier servicio externo o contratado ya informado.	Sí (1), No (0)
Fondos pagados a otras organizaciones no transportistas por servicios (por ejemplo, personal médico para transportes en ambulancia terrestre, respuesta a llamadas)	Sí (1), No (0)
Gastos del Consejo Directivo / Fideicomisarios	Sí (1), No (0)
Publicidad, incluyendo cualquier tipo de publicidad (incluso para fines de reclutamiento) en cualquier medio (prensa, radio, internet, etc.)	Sí (1), No (0)
Costos de eventos/reuniones (incluidas las comidas)	Sí (1), No (0)
Programas informáticos, derechos de licencia (excluidos los costos contabilizados en la tasa de servicios informáticos en la sección anterior)	Sí (1), No (0)
Costos de capacitación y educación continua (por ejemplo, costos de material, viajes, tasas de formación y labor). No incluya los costos de mano de obra asociados a la formación que ya estaban cubiertos por los costos laborales estándar.	Sí (1), No (0)
Intereses pagados	Sí (1), No (0)
Exámenes físicos y evaluaciones médicas	Sí (1), No (0)
Gastos de contratación (No incluya los gastos de publicidad informados en puntos anteriores)	Sí (1), No (0)
Honorarios de auditoría, honorarios legales y otros honorarios profesionales	Sí (1), No (0)
Tasas/costos administrativos diversos que no figuran en la sección 10.2 o en la sección 3 (servicios de teléfono, basura y trituración), costos de impresión y copia)	Sí (1), No (0)
Tarifas, multas e impuestos	
Tarifas del servicio 911	Sí (1), No (0)
Tarifas de las autopistas de peaje	Sí (1), No (0)
Tarifas pagadas a las jurisdicciones locales exigidas como condición para prestar el servicio de ambulancia terrestre (por ejemplo, cuotas de franquicia)	Sí (1), No (0)

Categoría	Respuesta
Tasas por cumplimiento de la normativa o acreditación (costo anual por año)	Sí (1), No (0)
Registro de negocios y tarifas correspondientes	Sí (1), No (0)
Licencias (Incluyendo las tarifas de licencias profesionales o de cualquier otro tipo que no se hayan indicado en otra parte del instrumento. No incluye las tarifas de licencia de vehículos anteriormente en la Sección de Vehículos).	Sí (1), No (0)
Multas, decomisos y citaciones	Sí (1), No (0)
Impuestos	Sí (1), No (0)
Seguro	
Seguro de responsabilidad civil/negligencia	Sí (1), No (0)
Seguro de indemnización para trabajadores (sólo si no se informa en la sección laboral anterior)	Sí (1), No (0)
Seguros generales (excluidos los seguros de instalaciones o de los seguros que se han informado en otras secciones)	Sí (1), No (0)
Cualquier otro gasto que no figure en el instrumento	Sí (1), No (0)

[Rellene la tabla de otros gastos por fuente basándose en las respuestas "Sí (1)" a la pregunta anterior].

4. Indique los gastos totales por fuente para el período de recopilación de datos de su organización.

Fuente	Gasto total	¿Qué porcentaje del gasto es atribuible a los servicios de ambulancia terrestre?
Fuente 1	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Fuente 2	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Fuente 3	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Fuente [x]	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje

5. [Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1):] Indique la parte asignada de estos costos diversos incurridos con respecto a la organización matriz/oficina central de esta NPI, basándose en el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Ingrese el importe en dólares)

12 Costo Total

1. Indique los gastos totales de su NPI durante el período de recopilación de datos de su organización. El total de los gastos aquí reportados deben incluir todos los costos de funcionamiento y de capital (incluyendo los costos de los servicios no relacionados con los servicios de ambulancia terrestre). [Incluya sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1):] Si procede, incluya una parte asignada de los costos de su organización matriz (u "oficina central") al informar de los costos totales en esta pregunta. (Indique el importe)

13 Ingresos

Esta sección pregunta sobre las fuentes de ingresos de ambulancia terrestre de su organización. Es posible que deba recopilar información de una compañía de facturación o de su municipio para informar esta información. No incluya importes facturados pero no cobrados. [Pregunte sólo si la pregunta 2 de la sección 2 (múltiples NPI) es Sí (1):] Por favor, informe de los ingresos sólo para el NPI de la muestra, no para toda su organización matriz. [Si la pregunta 13 de la sección 2 es Sí

(1), muestre la siguiente advertencia: “A excepción de la pregunta 1, en la que se deben comunicar todos los ingresos de su organización procedentes de todas las fuentes, debe excluir los ingresos procedentes de las operaciones de ambulancia aérea al responder a las preguntas de la sección 13”].

1. Informe los ingresos totales de todas las fuentes que su organización recibió durante el período de recopilación de datos de su organización. Incluir los ingresos de servicios no relacionados con los servicios de ambulancia terrestre. (Ingrese el monto en dólares)
2. ¿Puede informar de los ingresos por transportes en ambulancia terrestre de las distintas categorías de pagadores de seguro médico (por ejemplo, Medicare, Medicaid, seguros comerciales)? Sí (1), No (0)
 - a. **[Si la respuesta es Sí (1), pase a la pregunta 3.]**
 - b. **[Si la respuesta es No (0):]** Indique los ingresos de los transportes en ambulancia terrestre para todos los pagadores combinados. (Ingrese la cantidad en dólares)
3. **[Si la pregunta 2 de la sección 13 es afirmativa (1)]** Indique si su organización recibió algún ingreso de los transportes de ambulancia terrestre pagados de los siguientes pagadores durante el período de recopilación de datos de su organización. Sírvase informar de los ingresos procedentes de servicios distintos de los transportes terrestres en ambulancia (por ejemplo, pagos por tratamiento en el lugar cuando no transporte terrestre en ambulancia se proporcionó) en la sección 13, pregunta 5 si es posible. Si no puede separar el transporte terrestre en ambulancia y otros ingresos por servicios de un pagador determinado, puede informar los ingresos totales de todos los servicios de atención médica en este artículo.

Fuente de ingresos de los transportes pagados en ambulancia terrestre	¿Recibió ingresos durante el período de recopilación de datos de su organización?	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] Ingresos totales	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] Indique si se ha incluido los costos compartidos (es decir, el importe de un transporte en ambulancia terrestre que se factura a un paciente con este seguro)
Medicare tradicional (pago por servicio)	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
Medicare Advantage (también conocido como Medicare Managed Care)	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
Tradicional (pago por servicio) Medicaid	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
Atención administrada de Medicaid	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
TRICARE	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
Administración de Salud de los Veteranos	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
Seguro comercial	Sí (1), No (0)	Ingrese el monto en dólares	Sí (1), No (0)
Indemnización por accidente de trabajo	Sí (1), No (0)	Ingrese el importe en dólares	Sí (1), No (0)

Fuente de ingresos de los transportes pagados en ambulancia terrestre	¿Recibió ingresos durante el período de recopilación de datos de su organización?	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] Ingresos totales	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] Indique si se ha incluido los costos compartidos (es decir, el importe de un transporte en ambulancia terrestre que se factura a un paciente con este seguro)
El paciente paga por sí mismo (pago en efectivo y la cantidad que los pacientes pagaron por los deducibles, el coaseguro y otros costos compartidos solamente si no se informa en una fila anterior).	Sí (1), No (0)	Ingrese el importe en dólares	-

4. ¿Con qué frecuencia facturó su organización a los siguientes tipos de pagadores el importe adeudado por un transporte en ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos de su organización?

Tipo de seguro	Frecuencia de facturación
Tradicional (pago por servicio) Medicare	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
Medicare Advantage (también conocido como Medicare Managed Care)	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - no hay pacientes transportados (4)
Tradicional (pago por servicio) Medicaid	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
Atención administrada de Medicaid	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
TRICARE	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
Administración de Salud de los Veteranos	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
Seguro comercial	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
Indemnización por accidente de trabajo	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - ningún paciente transportado (4)
El paciente paga por sí mismo (cantidad que los pacientes pagan por los deducibles, el coaseguro, etc.)	Nunca (0), A veces (1), Habitualmente (2), Siempre (3), N/A - no hay pacientes transportados (4)

5. Indique si su organización recibió ingresos de alguna de las siguientes fuentes durante el período de recopilación de datos de su organización. Incluir solo los ingresos total o parcialmente relacionados con las **operaciones de ambulancia terrestre**. Si informa una

cantidad que es específica para sus operaciones de ambulancia terrestre, informe el 100% en la segunda columna. Si reporta un monto que refleja los ingresos de su ambulancia terrestre y otras operaciones, por ejemplo, operaciones de bomberos, policía o proveedores de Medicare, informe la parte del total reportado asociado con las **operaciones de ambulancia terrestre de su organización**.

Fuente de ingresos	Ingresos recibidos de la categoría durante el período de recopilación de datos de su organización	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] Total De Ingresos	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] ¿Qué % de los ingresos fue atribuible a los servicios de ambulancia terrestre?
Contratos de instalaciones (por ejemplo, hospitales, residencias de ancianos, prisiones, empresas)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Ingresos procedentes de pagadores por servicios médicos o de servicios médicos distintos de los transportes y excluyendo los contratos de las instalaciones informadas anteriormente.	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Ingresos de la subcontratación servicios de ambulancia terrestre	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Entre en porcentaje
[Si la pregunta 8 de la sección 5 es “Sí” (1):] Tarifas de reserva eventos	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Cuotas de afiliación de una asociación que recauda cuotas de los participantes a cambio de servicios de ambulancia	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Donaciones benéficas (por ejemplo, fundaciones y donantes individuales), excluyendo los vehículos o cualquier compensación de costos comunicada en otra parte del instrumento	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Programas de préstamos para ejecutivos (por ejemplo director general, desarrollo empresarial, etc.)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Inversiones relacionadas con el programa (por ejemplo, inversión público-privada)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Impuestos locales destinados a los servicios del EMS	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje

Fuente de ingresos	Ingresos recibidos de la categoría durante el período de recopilación de datos de su organización	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] Total De Ingresos	[Si la respuesta es Sí (1) para los ingresos recibidos de la categoría] ¿Qué % de los ingresos fue atribuible a los servicios de ambulancia terrestre?
Ingresos por contratos de las administraciones locales a cambio para los servicios	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Fondos empresariales y tarifas de servicios públicos	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Venta de activos y servicios	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Financiación con bonos o deuda	Sí (1) / No (0)	Ingrese el dólar cantidad	Ingrese el porcentaje
Donación estatal o local de excedentes de vehículos y equipos duraderos	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Otras donaciones, excluyendo labor, las instalaciones, los vehículos, el equipo, los suministros, los medicamentos y otros artículos que se indican en otra parte en el instrumento	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Subvenciones para fines especiales (generalmente estatales)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Subvenciones de contrapartida (generalmente estatales)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Asistencia técnica (por ejemplo, formación subvencionada)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Subvenciones de demostración (federales)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Asignación de fondos en el Congreso	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje
Otros (especificar)	Sí (1) / No (0)	Ingrese el importe en dólares	Ingrese el porcentaje

[Nota: Los encuestados podrán 1) revisar una copia de las respuestas finales antes de hacer un "clic para enviar", y 2) imprimir una copia completa de sus respuestas al final].

Notas de la Versión

7 de noviembre de 2022: Esta versión incluye los cambios finalizados por CMS en la regla final del Programa de Tarifas Médicas (PFS, por sus siglas en inglés) del año 2023 (CMS-1770-F). CMS finalizó tres cambios adicionales, además de los cambios listados bajo el título del 7 de julio de 2022 abajo:

- Se ha añadido una nueva pregunta 18 de la sección 2, en la que se pregunta si la organización contrata ampliamente la mano de obra de los paramédicos/receptores o los servicios de emergencia más amplios a otra organización. En este caso, las instrucciones de las secciones posteriores (Sección 7 (Costos laborales), Sección 8 (Costos de las instalaciones), Sección 9 (Costos de los vehículos) y Sección 11 (Otros costos) indican a los encuestados que informen de las horas de trabajo de los paramédicos/receptores, de las instalaciones y de las ambulancias terrestres utilizadas por el contratista, pero no de los gastos relacionados con estos insumos. En su lugar, los costos totales del contrato se indican en la pregunta 1 de la sección 11.
- Se ha aclarado la pregunta 3 de la sección 5, que anteriormente decía: "¿Su organización responde a llamadas con otra agencia que no sea de transporte, como un departamento de bomberos local que **no** forme parte de su organización?", añadiendo "Esto incluye las respuestas conjuntas con otras organizaciones de ambulancias terrestres, así como los casos en los que un departamento de bomberos, policía u otro departamento de seguridad pública responda a las llamadas de servicio con su organización. Sólo, considere los casos en los que su ambulancia terrestre transporta o habría transportado al paciente, si fuera necesario."
- Se ha corregido una errata en una nota de programación en la sección 13, pregunta 5 (ingresos por eventos de espera). La nota de programación ahora se refiere correctamente a la pregunta 8 de la sección, en lugar de la Pregunta 7.

7 de julio de 2022: Esta versión agrega los cambios propuestos por CMS en la Regla Propuesta de PFS del año 2023 (87 FR 46242). Los cambios y aclaraciones propuestos incluyen:

- Se han introducido varios cambios de redacción en todo el instrumento, como el uso más sistemático del tiempo pasado para referirse a los períodos de recopilación de datos de las organizaciones; la normalización de la forma en que el instrumento se refiere al período continuo de recopilación de datos de 12 meses; y la especificación de "ambulancia terrestre" y "transportes de ambulancia terrestre" en lugar de los términos más generales "ambulancia" y "transportes", respectivamente.
- Se han corregido varios errores gramaticales y de formato, por ejemplo, se han eliminado comas innecesarias y se ha editado para utilizar la voz activa en lugar de la pasiva.
- Se han añadido orientaciones relacionadas con el ámbito de aplicación del GADCS para las organizaciones de ambulancias terrestres de propiedad gubernamental en la sección 1 (Instrucciones generales).
- Se ha actualizado la descripción de la sección 1 sobre la funcionalidad del instrumento programado para reflejar mejor sus capacidades actuales.
- Se han añadido preguntas de seguimiento a la pregunta 1 de la sección 2 (Características de la organización) cuando los encuestados informan de que el NPI de la muestra no se utilizó para facturar servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos.
- Se han editado las respuestas de la pregunta 9 de la sección 2 para que se ajusten mejor al texto de la pregunta.
- Se han añadido notas de programación en la sección 4 (Tiempo de respuesta a emergencias) para permitir que las organizaciones que responden a las llamadas de

servicio de emergencia en sus áreas de servicio primarias pero no secundarias, y viceversa, comuniquen los datos.

- Se ha eliminado el texto "en su área de servicio principal" de la pregunta 1 de la sección 4, que se aplica a la organización en su conjunto, no sólo a los servicios prestados en su área de servicio principal.
- Se ha corregido una errata en el punto f de la pregunta 3 de la sección 4, que hacía referencia a una pregunta sobre el tiempo de respuesta del percentil 90, ahora sustituida.
- Se aclara que la pregunta 4b de la sección 4 se refiere a las sanciones monetarias.
- Se han editado las instrucciones de la pregunta 1 de la sección 5 (volumen de servicios) para referirse a los servicios de "emergencia" en lugar de los de "EMS".
- Se aclara que las organizaciones pueden informar de los porcentajes estimados en su respuesta a la pregunta 3 de la sección 5.
- Aclaración de las instrucciones de la Sección 7 (Costos laborales) en relación con las categorías de mano de obra que no coinciden exactamente con las utilizadas por el CMS y enumeradas en las instrucciones.
- Se han editado las instrucciones y las tablas de la sección 7 para especificar que las horas se deben notificar por separado para todo el personal que apoya las operaciones de las ambulancias terrestres, no sólo para el que responde activamente a las llamadas de servicio.
- Se ha eliminado "terapeuta respiratorio" como ejemplo de "otro personal médico" en la primera tabla de la Sección 7 por coherencia con otras tablas de la Sección 7.
- Se han corregido las instrucciones de la sección 7.2 para hacer referencia al "total de horas trabajadas por el personal administrativo/en las instalaciones o el director médico pagado" y a los "costos laborales administrativos/en las instalaciones", según corresponda en esta sección.
- Se ha añadido una nota para no incluir a los directores médicos en las respuestas al apartado 7.3, pregunta 3.
- Se ha corregido una errata en el apartado 8.1 (Instalaciones), pregunta 3, para que diga "Para cada una de las siguientes instalaciones..."
- Se ha aclarado la pregunta 3 de la sección 8.1 para que diga "Indique la parte asignada de los costos de alquiler, arrendamiento o propiedad de las instalaciones..."
- Se ha eliminado la lógica de programación de la pregunta 4 de la sección 9.2 (Otros costos de vehículos (no de ambulancia)) para que todas las organizaciones puedan notificar el kilometraje recorrido por los vehículos acuáticos no de ambulancia.
- Se ha revisado una errata en el apartado 9.3 (Otros costos asociados a los vehículos), pregunta 4, eliminando la frase repetida "ambulancias terrestres".
- Se han eliminado las notas de programación de las preguntas 1c y 3 de la sección 10.2 (Equipos/suministros no médicos) para permitir que todas las organizaciones declaren una parte de los gastos declarados atribuibles a los servicios de ambulancia terrestre.
- Se ha revisado una errata en las instrucciones de la sección 11 (Otros costos) que hacía referencia a la "Pregunta 2" en lugar de a las "Preguntas 2 y 5".
- Se han aclarado varias opciones de respuesta de la pregunta 3 de la sección 11.
- Se han editado las instrucciones de la sección 13 (Ingresos) para señalar que los ingresos de las ambulancias aéreas deben tenerse en cuenta en la pregunta 1, pero no en el resto de la sección.
- Se ha eliminado la palabra "aproximada" de la pregunta 2b de la sección 13, que no se ha incluido intencionadamente y no se corresponde con ninguna de las otras preguntas de esta sección.
- Notas de programación actualizadas y aclaradas para los bomberos, la policía y otras organizaciones basadas en la seguridad pública en todo el instrumento.

6 de enero de 2022: Esta versión agrega cambios y aclaraciones según lo finalizado en la Regla Final del Programa de Tarifas para Médicos del Año Calendario (año) 2022 (86 FR 65306-65317, 65561, 65631, y 65669). Los cambios y aclaraciones incluyen:

- Se ha eliminado el uso de la primera persona (por ejemplo, "nosotros") en todo el instrumento para aclarar que este esfuerzo de recopilación de datos es requerido por los CMS.
- Se ha aclarado la redacción de la pregunta 2 de la sección 2 para diferenciar más claramente entre una "organización matriz" que gestiona varios NPI y una "organización" de la muestra que representa un único NPI.
- Se aclara la pregunta 9 de la sección 2, que los CMS están interesados en saber si las organizaciones de ambulancias terrestres prestan otros tipos de servicios u operaciones que no se habían señalado anteriormente.
- Se ha corregido una errata en la pregunta 17 de la sección 2, que hacía referencia incorrecta al "punto 17" en lugar de al "punto 16".
- Se aclara la pregunta 2 de la sección 3, que los CMS están preguntando por todas las organizaciones de ambulancias terrestres, no sólo por los proveedores de ambulancias definidos por Medicare.
- Aclaración de la definición de "tiempo de viaje" como el momento en que una organización "comienza su respuesta", en lugar de "sale de la estación", ya que las ambulancias pueden estar en otros lugares distintos de la estación cuando comienzan a responder a una llamada, tanto en la sección 3, pregunta 3, como en la pregunta 6.
- En la pregunta 4 de la sección 3 se ofrecen orientaciones adicionales sobre la forma en que las organizaciones pueden definir sus áreas de servicio secundarias.
- Se ha aclarado la definición de tiempo de respuesta en la sección 4, pregunta 1, para que comience "cuando la llamada entra en el despacho", en lugar de simplemente "cuando la llamada entra", ya que esto último es ambiguo. En relación con esto, la sección 4, pregunta 2, ofrece posibles definiciones alternativas del tiempo de respuesta, a las que se ha añadido "desde el momento en que la llamada se dirige desde el despacho a nuestra organización hasta el momento en que la ambulancia terrestre u otro vehículo del EMS se encuentra en el lugar de los hechos".
- Se ha cambiado la pregunta 3c de la sección 4: "¿Cuál es el tiempo de respuesta por debajo del cual se encuentra el 90 % de sus respuestas de emergencia (es decir, el tiempo de respuesta de emergencia del percentil 90 de su organización) en su área de servicio principal? (Ingrese los minutos)" a "¿Cuál es su mejor estimación del porcentaje de respuestas que tardan más del doble del tiempo medio de respuesta indicado en la pregunta anterior? (Ingrese el porcentaje)", ya que varias organizaciones indicaron que tenían problemas para interpretar la pregunta.
- Se ha proporcionado una orientación adicional a la definición de "Transporte terrestre pagado" en las instrucciones de la sección 5 y en la pregunta 7 para señalar que el transporte debe producirse durante el período de recopilación de datos y ser pagado total o parcialmente en el momento en que se comunican los datos a los CMS.
- Se ha aclarado en la sección 5, pregunta 3a, que las organizaciones pueden comunicar estimaciones del porcentaje del total de respuestas de ambulancias terrestres que incluyen una agencia no transportista y el porcentaje de transportes en los que la agencia no transportista sigue prestando atención médica en la ambulancia durante el transporte, ya que algunas organizaciones indicaron que no podrían proporcionar porcentajes precisos para estas preguntas.
- Se ha modificado el informe laboral de la sección 7 para pedir por separado las horas relacionadas con las "responsabilidades de las ambulancias terrestres", "los bomberos, la policía y/u otras operaciones de seguridad pública" y "todas las demás responsabilidades".

- Se han añadido varias preguntas para permitir que las organizaciones con varias NPI informen de una parte asignada de los costos incurridos con respecto a las organizaciones matrices (Sección 7.1 Pregunta 2, Sección 7.3 Pregunta 7, Sección 9.2 Pregunta 6, Sección 10.1 Pregunta 4)
- Se ha aclarado en las instrucciones de la sección 7 que el personal voluntario del personal EMT/de Respuesta será informado en una sección “posterior” en lugar de una sección “diferente”.
- En las instrucciones de la sección 7, se han añadido los "impuestos sobre las nóminas del empleador" como un costo admisible que puede consignarse en "Compensación anual total".
- Se aclara en la pregunta 3 de la sección 7.2, que los gastos asociados al personal que se declararon en preguntas anteriores no deben incluirse aquí.
- En la pregunta 4 de la sección 7.3, se especifica que las horas de voluntariado del director médico no deben incluirse aquí.
- Se han actualizado las instrucciones y el texto de las preguntas de las secciones 8, 9 y 10 para aclarar cuándo y cómo deben declarar las organizaciones los gastos anuales de instalaciones, vehículos y suministros y equipos en los casos en que las organizaciones calculan y no calculan los gastos anuales de amortización.
- Se ha corregido una errata en las instrucciones de la sección 10 cambiando “operación” por “funcionamiento”.
- Se ha añadido una aclaración en la sección 12 en el sentido de que las organizaciones con varias NPI deben incluir una parte asignada de los costos de la organización matriz al informar de los costos totales.
- En la pregunta 3 de la sección 13 se especifica que el pago por parte del paciente debe incluir el pago en efectivo y la cantidad que los pacientes pagaron por los deducibles, el coaseguro y otros costos compartidos, sólo si no se informa en otra parte.

31 de julio de 2020: Esta versión añade instrucciones aclaratorias adicionales en varias secciones, añade aclaraciones técnicas y de redacción al texto de los artículos y actualiza varias notas de programación. Las actualizaciones y aclaraciones incluyen:

- El instrumento imprimible refleja ahora que la información sobre los períodos de recopilación de datos de 12 meses de las organizaciones se rellenará previamente en lugar de ser introducida por los encuestados.
- Se ha añadido una aclaración a la pregunta de que se factura a Medicare si se utiliza un NPI para facturar servicios de ambulancia terrestre durante el período de recopilación de datos.
- Dado que el inicio del período de recopilación de datos de 12 meses de cada organización estará preconfigurado en el instrumento programado, este no pedirá a los encuestados que indiquen esta fecha. Las notas de programación se han actualizado en todo el instrumento para reflejar este cambio.
- Se aclara que las organizaciones pueden, en general, utilizar sus prácticas contables actuales a la hora de recopilar y comunicar la información.
- Se han añadido varias notas adicionales para describir la funcionalidad prevista del instrumento programado.
- La definición de respuestas de emergencia se ha ampliado y aclarado en la sección 6.
- Las instrucciones relativas al tiempo libre pagado y no pagado se han aclarado en la sección 7.
- En las tablas de los apartados 7.2 y 7.3 se ha añadido una fila omitida involuntariamente para los conductores de ambulancias (no EMT/EMR) con funciones de seguridad pública.
- Las preguntas relacionadas con los voluntarios de la administración/en las instalaciones

permiten ahora la presentación de informes por parte del personal de seguridad pública y de otro tipo, tal y como se pretende e indica en las instrucciones.

- Se han añadido instrucciones aclaratorias que indican que las organizaciones que utilizan el criterio de caja a efectos contables o que no capitalizan los edificios no deben declarar la depreciación.
- Los cuadros de la sección 9 se han transpuesto para que sean coherentes con los cuadros del resto del instrumento.
- En el apartado 9.2 se ha añadido una línea omitida involuntariamente que confirma que los vehículos alquilados que no son de ambulancia se utilizaron para responder a las llamadas de ambulancia o apoyar las operaciones de ambulancia terrestre.
- La pregunta 1 de la sección 11, incluye ahora una fila específica para informar sobre la contratación de servicios de emergencia/respuesta y otros trabajos (que anteriormente se informaba en la pregunta 3 de la sección 11).
- Se han reorganizado varios puntos de la pregunta 3 de la sección 11, para mayor claridad.
- Se han aclarado las instrucciones de la sección 13.
- La pregunta 3 de la sección 13 se ha aclarado para pedir a los encuestados que informen de los ingresos relacionados con los servicios médicos no relacionados con el transporte en la pregunta 5 de la sección 13 si es posible, y en la pregunta 3 de la sección 13 si no lo es.
- La pregunta 4 de la sección 13 incluye una opción de respuesta "no aplicable" para las organizaciones de ambulancias terrestres que no transportan pacientes con tipos de cobertura específicos.

4 de diciembre de 2019: Esta versión añade instrucciones aclaratorias en varias secciones, añade aclaraciones técnicas y de redacción al texto de los puntos y actualiza varias notas de programación. Las actualizaciones y aclaraciones incluyen:

- Estandarización de la terminología. Por ejemplo, el instrumento utiliza ahora "gastos anuales de depreciación" de forma coherente cuando antes se utilizaban varios términos para referirse al mismo costo.
- Se han añadido orientaciones sobre los costos de depreciación en varios lugares:
"Si su organización calcula el gasto de depreciación para múltiples propósitos (por ejemplo, depreciación para propósitos de incentivos fiscales comparado con Principios Contables Generalmente Aceptados (GAAP, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditoría estándar), por favor reporte el gasto de depreciación capturado para propósitos de auditoría estándar."
- Se han aclarado las instrucciones para informar sobre los costos asignados a las instalaciones, otros costos e ingresos. Anteriormente, no estaba claro si los proveedores de Medicare, por ejemplo, tendrían que informar sobre *todo el* equipo médico de capital o si se podía informar sobre una cantidad específica de la ambulancia terrestre. La instrucción se ha aclarado para que diga:
"Si declara un importe específico para sus operaciones de ambulancia terrestre, declare el 100% en la segunda columna. Si declara un importe que refleja los costos de su ambulancia terrestre y otras operaciones - por ejemplo, operaciones de bomberos, policía o proveedores de Medicare, entonces declare la parte del total declarado asociada a las operaciones de ambulancia terrestre de su organización."
- Se han aclarado las instrucciones sobre cómo se debe informar del tiempo del personal pagado que también es voluntario.
- Se ha aclarado cómo deben comunicarse las horas de trabajo del personal con funciones de bomberos, policía y otras funciones de seguridad pública, presentando esta información en filas en las tablas de la sección 7, y no en columnas. La pregunta 1 de la sección 7 incluye columnas para el personal con funciones de bomberos, policía y otras funciones de seguridad

pública para determinar si estas filas deben presentarse al encuestado.

- Se ha aclarado que el personal sólo debe incluirse en las categorías de bomberos, policía y otros servicios de seguridad pública si su función de bomberos, policía u otros servicios de seguridad pública está en la organización del encuestado.
- Se han aclarado varias definiciones e instrucciones, por ejemplo, se han añadido códigos HCPCS en la sección 6.
- Se ha corregido la expresión "millas náuticas" por "millas terrestres" en las preguntas relacionadas con las ambulancias acuáticas.
- Se ha revisado una columna del cuadro omitida en la que se pedía un factor de asignación de la ambulancia terrestre para determinados costos de instalaciones.
- Se ha revisado una fila de la tabla omitida en la que se pedía el porcentaje de kilómetros de vehículos relacionados con los servicios de ambulancia terrestre.
- Notas de programación clarificadas y actualizadas en todo momento.