

Instrumento para la recopilación de datos sobre ambulancias terrestres de Medicare

6 de enero de 2022

Vea el fin del documento para un resumen de las clarificaciones y los cambios al Instrumento para la recopilación de datos sobre ambulancias terrestres de Medicare de versiones anteriores.

NOTA: **Para mejorar la comprensión del documento, todas las notas de programación, indicaciones para saltar a otras secciones y anotaciones están indicadas entre corchetes.** 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. El texto de los elementos, las definiciones y las opciones de respuestas para el encuestado aparecen en letra negra. El instrumento programado podría incluir más verificaciones, confirmaciones, instrucciones, advertencias, etc. programadas, que van más allá de las anotaciones en esta versión para imprimir del instrumento.

Índice

1	Instrucciones generales de la encuesta	3
2	Características organizacionales	4
3	Área de servicio	7
4	Tiempo de respuesta en emergencias.....	8
5	Volumen del servicio de ambulancia terrestre	10
6	Mezcla de servicios	13
7	Gastos en mano de obra.....	15
7.1	Compensación y horas trabajadas de EMT/personal de respuesta remunerado	20
7.2	Compensación y horas trabajadas de administración, personal de instalaciones y directores médicos	26
7.3	Mano de obra voluntaria	32
8	Gastos en instalaciones	36
8.1.	Información sobre instalaciones.....	36
8.2.	Arrendamiento anual, hipoteca y otros costos de titularidad de instalaciones	38
8.3.	Seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos	40
9	Gastos en vehículos.....	41
9.1.	Gastos en vehículos de ambulancia terrestre	41
9.2.	Gastos en otros vehículos (que no sean ambulancias).....	43
9.3.	Otros gastos asociados con vehículos	46
10	Gastos en equipo, artículos de consumo y suministros	48
10.1.	Equipo/suministros médicos	48
10.2.	Equipo/suministros no médicos	50
11	Otros gastos.....	51
12	Gastos totales	56
13	Ingresos	56
	Notas de versión	64

Instrumento para la recopilación de datos sobre ambulancias terrestres para imprimir

1 Instrucciones generales de la encuesta

La Sección 50203(b) de la Ley del Presupuesto Bipartidista (BBA) 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 obliga al Secretario/a del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) a desarrollar un sistema de recopilación de datos para recolectar información sobre gastos, 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) han desarrollado este instrumento de recopilación de datos para recopilar esta información. La información recopilada será analizada para evaluar la adecuación de los pagos de Medicare por 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 para la recopilación de datos, e informar suficientemente los datos durante el período para informar los datos recopilados, recibirá un aviso por escrito de una reducción del pago bajo la sección 414.610(c)(9).

Este instrumento de recopilación de datos incluye preguntas detalladas sobre las características, los servicios, los costos de ambulancias terrestres (en la tierra y en el agua) y los ingresos de su organización. Las preguntas, por lo general, se refieren al total de los costos de ambulancias terrestres, los ingresos y el volumen de servicios de su organización, no solamente la porción de los costos, ingresos y volumen que se relaciona a los servicios que ha brindado a beneficiarios con Medicare. Los datos específicos de la organización que se recopilan en este esfuerzo no serán publicados.

Si su organización factura a Medicare por servicios de ambulancia terrestre bajo múltiples Identificadores Nacionales del Proveedor (NPI), el instrumento de recopilación de datos precisará el NPI sobre el que CMS solicita los datos. **Aquí, el término "organización de ambulancias terrestres" se refiere al NPI sobre el que CMS solicita los datos.**

Debe informar los datos que cubren un período de recopilación de datos de 12 meses. Este período empieza en la fecha que su organización informó anteriormente al Contratista Administrativo Medicare (MAC) o a CMS. El período de recopilación de datos de 12 meses para su organización es desde el **[INGRESE FECHA DE INICIO]** hasta el **[INGRESE FECHA FINAL]**.

El instrumento de recopilación de datos incluye 13 secciones. El tiempo dedicado para recopilar los datos necesarios para completar el instrumento de recopilación de datos variará según los sistemas de contabilidad y archivación de su organización. Puede tomar hasta 20 horas para revisar las instrucciones y recopilar los datos necesarios, y unas 3 horas adicionales para ingresar, revisar y enviar la información.

Por lo general, podrá informar datos recopilados en el marco de las prácticas de contabilidad actuales de su organización. CMS entiende que algunas organizaciones de ambulancias terrestres usan sistemas de contabilidad sobre la base devengada, mientras que otras usan contabilidad sobre la base de efectivo. Favor de seguir las instrucciones en la sección del instrumento.

CMS quiere asegurar que reciba el cuadro completo del costo de operar servicios de ambulancia terrestre en su organización de ambulancias terrestres. Si su organización forma parte de un gobierno local o una institución más grande que paga algunos de sus costos de ambulancias terrestres (por ejemplo, si el municipio paga el alquiler de la instalación), tendrá que recopilar e informar esa información. No se le pedirá que estime el valor de la mano de obra voluntaria o los suministros, equipo u otros insumos donados a su organización.

CMS recomienda que use una versión impresa del instrumento de recopilación de datos y luego ingrese los datos en el instrumento de recopilación de datos en Internet una vez que haya recopilado todos los datos. Una versión para imprimir del instrumento de recopilación de datos está disponible en: [\[INGRESE ENLACE\]](#).

Puede completar el instrumento de recopilación de datos en múltiples sesiones. Si tiene que parar antes de completar el instrumento, puede cerrar la sesión haciendo clic en el botón de "Salir". Este paso guardará sus respuestas. Cuando inicia sesión después, ingresará al sistema en el punto donde paró. *[Nota: Esta instrucción será actualizada para reflejar las capacidades del instrumento programado.]*

Para saber más sobre cómo completar el instrumento, imprimir sus respuestas y a quién debe contactar con preguntas, **haga clic aquí** [\[INGRESE ENLACE\]](#).

2 Características organizacionales

A CMS le interesa aprender más sobre su organización de ambulancias terrestres y cómo recopiló los datos relacionados con los costos y los ingresos durante el período para la recopilación de datos. Sus respuesta a estas preguntas ayudarán a asegurar que se le presenten preguntas sobre los costos e ingresos que sean relevantes a su organización.

1. ¿Es [\[rellene previamente con número\]](#) un NPI que su organización utilizó para facturar a Medicare por servicios de ambulancias terrestres durante el período para la recopilación de datos? Sí (1) / No (0) [\[Si respondió No \(0\), o salir del instrumento o permitir que el encuestado corrija el número o se comunique con el servicio de apoyo\]](#)
 - a. ¿Forma este NPI parte de una "organización matriz" que es dueña o que opera varios NPI que facturan por servicios de ambulancia terrestre? Sí (1) / No (0) [\[Si respondió Sí \(1\)\]](#) Se le ha pedido que complete este instrumento y que ingrese datos por separado por cada NPI encuestado. Las siguiente preguntas se refieren solamente al siguiente NPI: [\[rellene previamente con número\]](#). Se le pedirá que asigne una porción de los costos y los ingresos incurridos a nivel de su organización matriz (también conocida como su oficina central) en relación a la dirección corporativa, sistemas informáticos [IT], etc., en las secciones a continuación.

2. ¿Cómo se llama su organización? Por el resto del instrumento, el término "organización de ambulancias terrestres" se refiere al NPI sobre el que CMS solicita los datos. (ingrese nombre)
3. ¿Cuál es el nombre, título de cargo e información de contacto de la persona principal que completa este instrumento? (ingrese nombre, cargo e información de contacto) *[Nota: Una parte o todo este elemento no aparecerá si toda o una parte de esta información pueda ser rellena previamente con información de otras fuentes en el Sistema de Recopilación de Datos sobre Ambulancias Terrestres de Medicare.]*
4. ¿Cuál descripción de titularidad mejor corresponde a su organización?
 - a. Con fines de lucro
 - b. Sin fines de lucro, excluyendo el gobierno
 - c. Gobierno (por ejemplo, federal, estatal, de condado, de ciudad/pueblo/otro municipio)
 - d. Alianza pública-privada
5. ¿Usó su organización mano de obra voluntaria para los puestos relacionados a su servicio de ambulancia terrestre durante el período para la recopilación de datos? Favor de incluir a los voluntarios aunque recibieran estipendios, prestaciones u otros incentivos pequeños de su organización. No incluya al personal que recibe sueldo horario o salario, aunque haya realizado algunas actividades (por ejemplo, respuesta en calidad de EMT) voluntariamente. Sí (1), No (0)
6. ¿Cuál categoría mejor describe su operación de ambulancias terrestres?
 - a. Basada en el departamento de bomberos
 - b. Basada en el departamento de policía u otro departamento de seguridad pública (incluyendo organizaciones de seguridad pública ante todos los riesgos)
 - c. Agencia gubernamental independiente de servicios médicos en emergencias (EMS)
 - d. Hospital u otro proveedor de servicios de Medicare (tal como un centro de enfermería especializada) Para la lista completa de categorías de proveedores de servicios de Medicare, visite <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Downloadable-Public-Use-Files/Provider-of-Services/index>.
 - e. Organización independiente/propia que principalmente provee servicios de EMS
 - f. Organización independiente/propia que principalmente provee servicios de no emergencia
 - g. Otra (especifique)
7. **[Si Pregunta 7= a, b o d]** Ha indicado que su operación de ambulancias terrestre es **[RELLENE “basada en el departamento de bomberos,” “basada en el departamento de policía u otro departamento de seguridad pública” y/o “basada en un hospital u otro proveedor de Medicare,” según corresponda a las respuestas a la Pregunta 7.]** Favor de confirmar que su operación de ambulancias terrestres comparte los costos operativos, tales como el espacio en edificios o el personal, con estas otras operaciones.
 - a. Sí, compartimos algunos o todos los costos (1)
 - b. **No** se comparten los costos (0)

8. ¿Provee su organización alguno de los siguientes servicios u operaciones (seleccione todos los que correspondan)?
- [No muestre si Pregunta 7 = a]** ¿Un departamento de bomberos? Sí (1), No (0)
 - [No muestre si Pregunta 7 = b]** ¿Un departamento de policía u otro departamento de seguridad pública? Sí (1), No (0)
 - [No muestre si Pregunta 7 = d]** ¿Un hospital u otro proveedor de servicios de Medicare (tal como un centro de enfermería especializada)? Para la lista completa de categorías de proveedores de servicios de Medicare, visite <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Downloadable-Public-Use-Files/Provider-of-Services/>) Sí (1), No (0)
 - ¿Otra organización de cuidado de salud (excluyendo hospitales, centros de enfermería especializada u otro proveedor de servicios de Medicare)? Sí (1), No (0)
 - ¿Es una operación de ambulancia aérea? Sí (1), No (0)
 - ¿Otra (especifique)? Ingresar texto

[Nota: Por el resto del instrumento de recopilación de datos, los elementos relacionados con servicios compartidos se muestran a las organizaciones que respondan a Sección 2, Pregunta 8 = Sí (1) O Pregunta 9 = Sí (1) a una o más de las opciones a-f. Para simplificar la lógica de saltos a otras preguntas, se refiere a las respuestas a estas preguntas como "Servicios Compartidos = Sí" por el resto del documento.]

9. ¿Provee rutinariamente su organización respuestas de ambulancia terrestre a llamadas al 911? Sí (1), No (0)
10. ¿Opera ambulancias terrestres en la tierra? Sí (1), No (0)
11. ¿Opera ambulancias terrestres en el agua? Favor de **no** incluir vehículos usados exclusivamente para rescates en el agua que no reúnan los requisitos para ser una ambulancia de agua en su jurisdicción. Sí (1), No (0)
- [Nota: Esta respuesta será usada para solicitar información sobre el volumen y costo específicos al agua]*
12. ¿Operan ambulancias aéreas? Sí (1), No (0) **[De responder Sí (1), demuestre la siguiente advertencia antes de cada sección:] "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."**
13. ¿Cuál modelo de despliegue de personal mejor describe su organización?
- Despliegue estático (el mismo número de unidades de ambulancia con personal completo, independientemente de la hora del día o del día de la semana)
 - Despliegue dinámico (unidades varían según la hora del día o el día de la semana)
 - Despliegue combinado (ciertas horas del día tienen un número fijo de unidades y otras horas tienen números dinámicos, según la necesidad)
14. **[Si Pregunta 10=Sí]** ¿Proveen 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 todas partes de su área de servicio? Sí (1), No (0)
15. ¿Proveen interceptaciones paramédicas? En §410.40(c), se define un servicio de interceptación paramédica como un nivel de servicio de

Soporte Vital Avanzado (ALS) que CMS define como un "transporte de área rural suministrado por una compañía de ambulancias voluntarias para la que queda prohibido, según la ley estatal, facturar a pagadores terceros cuando los servicios son suministrados por una entidad que tenga un contrato con la compañía de ambulancias voluntarias que no provee el transporte pero recibe pagos por su servicio (Estado de NY solamente satisface estos requisitos)". Sí (1), No (0)

16. Aparte de lo que se informó en elemento 16, ¿destaca su personal de respuesta en emergencias ALS como una respuesta conjunta para encontrarse con una ambulancia de Soporte Vital Básico (BLS) de otra organización durante el transcurso de las respuestas? Sí (1), No (0)

3 Área de servicio

Esta sección pregunta sobre las características del área a que sirve su organización de ambulancias terrestres. Su área de servicio primario es el área en que usted es exclusiva o primariamente responsable de proveer servicios en uno o más niveles y donde es muy probable que ocurra la mayoría de sus recogidas de transporte. Esta sección también le preguntará sobre otras áreas en que regularmente provee servicios a través de acuerdos mutuos o de ayuda ayuda (su área de servicio **secundaria**), si corresponde. **No** incluya áreas en que proporcionó servicios solamente en circunstancia excepcionales (por ejemplo, cuando participa en respuestas coordinadas a nivel nacional o estatal ante desastres o eventos con números masivos de víctimas).

1. Seleccione el código(s) postal(es) en que su área de servicio **primario** está ubicado: **[Seleccione códigos postales (1) ingresando uno o más códigos postales específicos o (2) para organizaciones con áreas de servicio que coinciden con un estado o un condado, seleccionando un estado o condado y dejando que el sistema rellene los códigos postales correspondientes.]**
2. **[Si respondió Sí (1) en Sección 2, Pregunta 10]** ¿Su organización es la organización primaria de ambulancias en emergencias en la mayor parte o toda su área de servicio primaria (para ALS, BLS o los dos)? Sí (1), No (0)
3. Durante una respuesta, ¿qué es el **tiempo de viaje promedio** (aproximadamente, en minutos) entre todos los niveles de servicio (BLS, ALS, etc.) en su área de servicio primaria, desde el momento en que la ambulancia empieza su respuesta hasta el momento en que la ambulancia está disponible para responder a otra llamada (es decir, tiempo dedicado a 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 una área de servicio **secundaria**? Algunas las organización de ambulancias terrestres, pero no todas, proveen servicio fuera de su área de servicio primaria con regularidad, por ejemplo, a través de acuerdos

mutuos o de autoayuda con municipios cercanos. Si esto se aplica a su organización, favor de informar las áreas que quedan fuera de su área de servicio primaria pero donde provee servicios con regularidad como parte de su área de servicio secundaria. No tiene que informar sobre áreas en que proporciona servicios muy de vez en cuando o solamente en circunstancias excepcionales (por ejemplo, cuando participa en respuestas coordinadas a nivel nacional o estatal ante desastres o eventos con números masivos de víctimas). Aplica su juicio para decidir si su organización sirve regularmente a un área de servicio secundaria. Por ejemplo, podría optar por considerar códigos postales de fuera de su área de servicio primaria pero donde tuvo 5 o más respuestas durante el período para la recopilación de datos como parte de su área de servicio secundaria, si cree que estos transportes

- a. Sí (1) **[Continúe a las preguntas restantes en esta sección]**
 - b. No (0) **[Salte a la Sección 4]**
5. Favor de seleccionar los códigos postales en que su área de servicio secundaria está ubicada **[Seleccione códigos postales (1) ingresando uno o más códigos postales específicos o (2) para organizaciones con áreas de servicio que coinciden con un estado o un condado, seleccionando un estado o condado y dejando que el sistema rellene los códigos postales correspondientes.]**
6. Durante una respuesta, ¿qué es el **tiempo de viaje promedio** (aproximadamente, en minutos) entre todos los niveles de servicio (BLS, ALS, etc.) en su área de servicio **secundaria**, desde el momento en que la ambulancia empieza su respuesta hasta el momento en que la ambulancia está disponible para responder a otra llamada (es decir, tiempo dedicado a 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 Sección, Pregunta 10 es Sí (1)]

Para ayudarnos a mejor entender el tiempo de respuesta de su organización de ambulancias terrestres, favor de responder las siguientes preguntas:

1. A CMS le interesa el tiempo de respuesta de su organización para respuestas de ambulancia terrestre a llamadas de emergencia para servicio en su área de servicio **primaria** (el área en que suele proporcionar servicio y donde la mayoría de las recogidas de transporte suyas ocurren). Aquí, se define el tiempo de respuesta como el tiempo que transcurre desde cuando la llamada llega al despacho hasta que la ambulancia u otro vehículo de respuesta de EMS llegue al lugar. ¿Define usted el tiempo de respuesta de esta misma manera?

Sí (1) [\[Salte a la pregunta 3\]](#)

No (0) [\[Continúe a la pregunta 2\]](#)

2. Usted indicó en la Pregunta 1 que su organización usa una definición diferente de tiempo de respuesta. Favor de seleccionar la definición que mejor corresponde a la medida que su organización usa para tiempo de respuesta:
 - a. Desde el momento en que la ambulancia sale de la estación hasta el momento en que la ambulancia u otro vehículo de EMS esté en el lugar
 - b. Desde el momento en que nuestra organización recibe la llamada del despacho hasta el momento en que la ambulancia u otro vehículo de EMS esté en el lugar.
 - c. Otra (especifique):
3. ¿Puede informar las estadísticas relacionadas con tiempos de respuesta, según medidos por su organización?
 - a. Sí (1) [\[Continúe a la Pregunta 3b\]](#), No (0) [\[Salte a la Pregunta 3e\]](#)
 - b. ¿Qué es el tiempo de respuesta **promedio** para respuestas de ambulancias terrestres en emergencias en su área de servicio **primaria**? (Ingrese los minutos)
 - c. ¿Qué es su mejor estimado de la proporción de respuestas que toman más del doble del tiempo de respuesta promedio, según informó en la pregunta anterior? (Ingrese el porcentaje)
 - d. [\[Si respondió Sí \(1\) en la Sección 3, Pregunta 4\]](#), ¿Qué es el tiempo de respuesta **promedio** para respuestas de ambulancias terrestres en emergencias en su área de servicio secundaria? (Ingrese los minutos) [\[Salte a la Pregunta 4\]](#)
 - e. [\[Si respondió No \(0\) en la Sección 4, Pregunta 3a\]](#): ¿Qué es su mejor estimado del tiempo de respuesta **promedio** para respuestas de ambulancias terrestres en emergencias en su área de servicio **primaria**? (Ingrese los minutos)
 - f. [\[Si respondió No \(0\) en la Sección 4, Pregunta 3a\]](#): ¿Qué es su mejor estimado del tiempo de respuesta que corresponde a 90 por ciento de sus respuestas en emergencias (es decir, el 90° percentil del tiempo de respuesta en emergencias de su organización) en su área de servicio **primaria**? (Ingrese los minutos)
 - g. [\[Si respondió No \(0\) en la Sección 4, Pregunta 3a y Sí \(1\) en la Sección 3, Pregunta 4\]](#), ¿Qué es su mejor estimado del tiempo de respuesta **promedio** para respuestas de ambulancias terrestres en emergencias en su área de servicio **secundaria**? (Ingrese los minutos)
4. ¿Su organización tiene la obligación o recibe incentivos para alcanzar metas de tiempo de respuesta? Sí (1) [\[Continúe a 4a\]](#), No (0) [\[Salte a la Sección 5.\]](#)
 - a. ¿Quién determina las metas para tiempos de respuesta obligatorias o incentivadas?
 - i. Nuestra organización fija nuestra meta para el tiempo de respuesta.
 - ii. Municipio local
 - iii. Condado
 - iv. Otra (especifique):

- b. ¿Se le imponen penas si se exceden las metas para el tiempo de respuesta? Las penas podrían ser pagos reducidos o una multa. Sí (1), No (0)

5 Volumen del servicio de ambulancia terrestre

Esta sección pregunta sobre el volumen del servicio de su organización. Para fines de este instrumento *[Nota: Las definiciones en el instrumento programado podrían aparecer al lado de elementos individuales para fines de claridad].:*

- **Respuestas totales** se definen como el número total de respuestas de su organización, ya sea que se desplegó una ambulancia terrestre o no y si el paciente fue transportado o no. Incluya respuestas de EMS en que no estuvo involucrado una ambulancia terrestre (por ejemplo, respuestas en que solo estuvo involucrado una camioneta o un vehículo utilitario deportivo (SUV), incluyendo un vehículo de respuesta rápida (QRV), un "coche de vuelo" o un vehículo de "carrera corta"). Si se envía más de un solo vehículo al lugar, debe contarlo como una respuesta. **[Si Sección 2, Pregunta 7 es "a", también muestre]** "Incluya respuestas en emergencias en que no estuvo involucrada una ambulancia terrestre, tales como las respuestas en que solamente camiones de bomberos y/u otros vehículos de bomberos/rescate estuvieron involucrados"; **[si es "b"]** "Incluya respuestas en emergencias en que no estuvo involucrada una ambulancia terrestre, tales como las respuestas en que solamente coches de policía y/u otros vehículos de seguridad pública estuvieron involucrados."
- Una respuesta de ambulancia terrestre es una respuesta a una llamada de servicio realizada por una ambulancia terrestre completamente equipado y con personal completo, ya sea programada o no programada, con o sin un transporte y con o sin pago. Si se envía más de un solo vehículo al lugar, debe contarlo como una respuesta. Un evento de guardia podría considerarse una respuesta si su organización prestó servicios médicos en el lugar. Favor de tener en cuenta que cada respuesta de ambulancia terrestre contará hacia su número informado de respuestas totales, pero no todas las respuestas son respuestas de ambulancia terrestre.
- Un transporte de ambulancia terrestre es el uso de una ambulancia terrestre con equipo y personal completos que responde a una solicitud de servicio para proveer un transporte necesario por razones médicas (según las reglas relevantes al pagador correspondiente).
- Un **transporte pagado en ambulancia terrestre** se refiere a un transporte en ambulancia terrestre proporcionado en el año natural 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** para el que su organización recibió un pago, ya sea completo o parcial, de un pagador y/o paciente solamente hasta el momento en que informa los datos a CMS. Favor de tener en cuenta que algunas preguntas solamente se tratan de transportes pagados, y otras preguntas se tratan de transportes pagados y no pagados, ya sea porque su organización no los facturó o porque su organización los facturó pero no ha recibido el pago.

1. ¿Qué fue el número total de respuestas de su organización para el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. **Respuestas totales** se definen como el número total de respuestas de su organización, ya sea que se desplegó una ambulancia terrestre o no y si el paciente fue transportado o no. Incluya respuestas de EMS en que no estuvo involucrado una ambulancia terrestre (por ejemplo, respuestas en que solo estuvo involucrado una camioneta o un vehículo utilitario deportivo (SUV), incluyendo un vehículo de respuesta rápida (QRV), un "coche de vuelo" o un vehículo de "carrera corta"). Si se envía más de un solo vehículo al lugar, debe contarlos como una respuesta. **[Si Sección 2, Pregunta 7 es "a", también muestre]** "Incluya respuestas en emergencias que no incluyeron una ambulancia terrestre, tales como las respuestas en que solamente camiones de bomberos y/u otros vehículos de bomberos/rescate estuvieron involucrados"; **[si es "b"]** "Incluya respuestas en emergencias que incluyeron una ambulancia terrestre, tales como las respuestas en que solamente coches de policía y/u otros vehículos de seguridad pública estuvieron involucrados». (Ingrese número)
2. ¿Qué era el número total de **respuestas de ambulancias terrestres** de su organización en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** entre todos los tipos de pagador e independientemente del nivel de servicio o geografía? Este número debe basarse en todas las repuestas realizadas por una ambulancia terrestre con equipo y personal completos, independientemente de si la respuesta resultó en un transporte. (Ingrese número)
3. ¿Responde su organización a llamadas con otra agencia que no realiza transportes, tales como un departamento de bomberos local, que **no** forma parte de su organización? Sí (1) **[Continúe a la Pregunta 3a]**, No (0) **[Salte a la Pregunta 4]**
 - a. ¿Qué es su mejor estimado del porcentaje del total de **respuestas de ambulancias terrestres** en que estuvo involucrada una agencia que no realiza transportes? (Ingrese el porcentaje)
 - b. ¿Qué tipo de trabajo aporta la agencia que no realiza transportes durante las **respuestas de ambulancias terrestres**? Favor de marcar todas las opciones que correspondan:
 - i. Paramédico
 - ii. Otro EMT
 - iii. Otro (especifique)
 - c. ¿En qué porcentaje de los **transportes en ambulancias terrestres** continúa la agencia que no realiza transportes a proporcionar cuidados médicos en la ambulancia durante el transporte? (Ingrese el porcentaje)
4. **[Si respondió Sí (1) en la Sección 3, Pregunta 4]**, ¿Qué porcentaje de sus **respuestas en ambulancias terrestres** ocurren en su área de servicio **secundaria**? Un área de servicio secundaria queda fuera de su área de servicio primaria, pero es un área en que provee servicios con regularidad a través de acuerdos mutuos o de autoayuda. No incluya áreas en que proporciona servicios solamente en circunstancias excepcionales (por ejemplo,

- cuando participa en respuestas coordinadas a nivel nacional o estatal ante desastres o eventos con números masivos de víctimas). (Ingrese el porcentaje)
5. ¿Qué era el número total de respuestas en ambulancias terrestres que **no conllevaron un transporte** en el año natural 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Por ejemplo, podría incluir negativas de pacientes a ser transportados, respuestas cuando otro proveedor/suministrador de ambulancias manejó el transporte, el paciente estuvo fallecido cuando llegaron, se atendió al paciente en el lugar sin necesidad de transporte necesario por razones médicas o respuestas canceladas cuando la ambulancia terrestre ya iba en camino. (Ingrese número)
 - a. **[Muestre si la respuesta a Pregunta 5 no es cero]** De las respuestas que **no** conllevaron un transporte, ¿qué porcentaje recibió tratamiento médico en el lugar? (Ingrese el porcentaje)
 6. ¿Qué era el número total de **transportes en ambulancias terrestres** para su organización en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** entre todos los tipos de pagador e independientemente del nivel de servicio o geografía? (Ingrese número)
 - a. **[Si respondió Sí (1) en Sección 2, Pregunta 2]** Aquí, a CMS le interesa **TODOS** los NPI asociados con su organización matriz/oficina central. ¿Qué era el número total de **transportes en ambulancias terrestres entre todos los NPI operados por su organización matriz/oficina central** en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** entre todos los tipos de pagador e independientemente del nivel de servicio o geografía? (Ingrese número)
 7. De los transportes en ambulancias terrestres que su organización proporcionó durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**, ¿cuántos eran pagados (ya sea en parte o en su totalidad) entre todos los tipos de pagadores e independientemente del nivel de servicio o geografía hasta el momento en que informa los datos a CMS? (Ingrese número)
 8. ¿Su organización participa en **eventos de guardia**? Estos son eventos en que se solicita que una ambulancia terrestre esté presente en el lugar, en caso de que ocurra un incidente. Ejemplos incluyen las ferias, los conciertos, los eventos deportivos o incidentes de policía. Estos servicios podrían ser pagados o no pagados. Sí (1), No (0)
 9. **[Si en Sección 2, Pregunta 16, respondió Sí(1)]** ¿Qué era el número de **respuestas** en el año natural **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** para las que su organización proporcionó interceptaciones paramédicas? Un servicio de interceptación paramédica es un nivel de servicio ALS que CMS define como un "transporte de área rural suministrado por una compañía de ambulancias voluntarias para la que queda prohibido, según la ley estatal, facturar a pagadores terceros cuando los servicios son suministrados por una entidad que tenga un contrato con la compañía de ambulancias voluntarias que no provee el transporte pero recibe pagos por su servicio de interceptación paramédica (Estado de NY solamente satisface estos requisitos)". (Ingrese número)

10. **[Si en Sección 2, Pregunta 17, respondió Sí(1)]** Excluyendo las interceptaciones paramédicas que satisfacen la definición de Medicare informada arriba, ¿qué era el número de respuestas en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** para las que su organización proporcionó una intervención ALS como una respuesta conjunta para encontrarse con una ambulancia de Soporte Vital Básico (BLS) de otra organización? **No** incluya respuestas en las que su organización facturó un transporte. (Ingrese número)

6 Mezcla de servicios

Las preguntas a continuación se tratan del porcentaje de las **respuestas y transportes** en ambulancias terrestres de su organización, por tipo. Si no puede facilitar un porcentaje preciso, se le pedirá que seleccione un rango de porcentajes. Si no tuvo ninguna respuesta en una categoría específica de servicio, favor de ingresar 0%. **[Si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia:]** "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."

1. Favor de responder las siguientes preguntas sobre la mezcla de respuestas en ambulancias terrestres de su organización en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**.

Hay dos niveles de servicio para transportes de Soporte Vital Básico (BLS) y Soporte Vital Avanzado (ALS), Nivel 1 (ALS1): emergencia y no emergencia. CMS ha definido una respuesta en emergencias como: Una respuesta de emergencia es un nivel de servicio BLS o ALS1 que se ha proporcionado en respuesta inmediata a una llamada al 911 o el equivalente. Una respuesta inmediata es una en que la organización de ambulancias terrestres comienza tan pronto como sea posible a tomar las medidas necesarias para responder a la llamada. Esto puede incluir transferencias de emergencia de un nivel de cuidado más bajo a un nivel más alto. El porcentaje de respuestas de emergencia y de no emergencia deben sumar 100%. Transportes de Soporte Vital Avanzado, Nivel Dos (ALS2), Transporte de Cuidado Especializado (SCT) e Interceptación Paramédica (PI) pueden ser de emergencia si se proporciona una respuesta inmediata.

Ingrese 0% si no provee respuestas en ninguna de las categorías.

Tipo de respuesta	¿Qué porcentaje de las <i>respuestas en ambulancias terrestres de su organización</i> correspondieron a las siguientes categorías? Ingrese 0% si no provee respuestas en una categoría.
Emergencia	Ingrese porcentaje
No emergencia	Ingrese porcentaje

2. **[Si respondió Sí (1) en Sección 2, Pregunta 12]** Favor de indicar el porcentaje de los transportes de su organización que usaron ambulancias terrestres o del agua en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal,**

según corresponda]. Los porcentajes deben sumar 100%. Ingrese 0% si no provee transportes en ninguna de las categorías.

Tipo de Transporte	¿Qué porcentaje de los <i>transportes</i> de su organización correspondieron a las siguientes categorías? Ingrese 0% si no provee transportes en una categoría.
Transportes en ambulancias terrestres (excluyendo el agua)	Ingrese porcentaje
Transportes en ambulancias del agua (excluyendo la tierra)	Ingrese porcentaje

3. Favor de indicar el porcentaje de **transportes totales** de su organización que correspondieron a las siguientes categorías en el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Transferencias de emergencia se incluirían en la categoría en la que se facturaron. Se incluyen los códigos de facturación para referencia. Los porcentajes deben sumar 100%. Ingrese 0% si no provee transportes en una categoría.
 - a. Las categorías para los informes son iguales como las definiciones de CMS para 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 necesarios por razones médicas...incluyendo la provisión de una evaluación de ALS, realizada por personal de ALS [técnico médico de emergencia - intermedio (EMT- Intermedio) o paramédico] o al menos una intervención de ALS". Las evaluaciones e intervenciones de ALS que califican se describen con detalles en el manual de CMS.
 - ii. **Soporte vital avanzado, nivel 2 (ALS2)**: es el transporte en vehículo de ambulancia terrestre y la provisión de suministros y servicios necesarios incluyendo (1) al menos tres distintas administraciones de uno o más medicamentos, ya sean intravenosas (IV) rápidas/de bolo o por infusión continua (excluyendo fluidos cristaloides) o (2) transporte en ambulancia terrestre, suministros y servicios necesarios por razones médicas y la provisión de al menos uno de los procedimientos de ALS2 enumerados en el manual de CMS.
 - iii. **Soporte Vital Básico (BLS)**: es transporte en ambulancia terrestre...y la provisión de suministros y servicios necesarios por razones médicas...incluyendo servicios de ambulancia de BLS, según la definición del estado de éstos. El vehículo de ambulancia debe contar con personal de al menos dos personas que cumplen los requisitos de las leyes estatales y locales del lugar donde se prestan los servicios, y al menos un miembro del personal debe tener certificación, como mínimo, de técnico médico de emergencia-básico (EMT-Básico) emitida por el estado u autoridad local donde se prestan

los servicios y tener autorización legal para operar todo el equipo para salvar y sostener vidas en el vehículo. Estas leyes podrían variar entre estados o dentro de un estado.

- iv. **Transporte de cuidado especial (SCT):** es el transporte entre instalaciones de un beneficiario con lesiones críticas o enfermedad crítica en un vehículo de ambulancia terrestre, incluyendo la provisión de suministros y servicios necesarios por razones médicas, a un nivel de servicio que va más allá del EMT-Paramédico. SCT es necesario área de especialidad apropiada, por ejemplo, enfermería de emergencia o cuidados críticos, medicina de emergencia, cuidados respiratorios, cuidados cardiovasculares o un EMT-Paramédico con capacitación adicional.
- v. Transporte entre instalaciones: son transportes en que "el origen y el destino sean uno de los siguientes: un hospital o centro de enfermería especializada que participa en el programa de Medicare o una instalación basada en un hospital que satisface los requisitos de Medicare para estatus basado en proveedor".

Tipo de Transporte	¿Qué porcentaje de los <i>transportes en ambulancias terrestres</i> de su organización correspondieron a las siguientes categorías? Ingrese 0% si no provee transportes en una categoría.
Soporte Vital Básico (BLS), de no emergencia (HCPCS código A0428)	Ingrese porcentaje
Soporte Vital Básico (BLS), de emergencia (HCPCS código A0429)	Ingrese porcentaje
Soporte Vital Avanzado, Nivel 1 (ALS1), de no emergencia (HCPCS código A0426)	Ingrese porcentaje
Soporte Vital Avanzado, Nivel 1 (ALS1), de emergencia (HCPCS código A0427)	Ingrese porcentaje
Soporte Vital Avanzado, Nivel 2 (ALS2) (HCPCS código A0433)	Ingrese porcentaje
Transporte de Cuidado Especializado (SCT) (HCPCS código A0434)	Ingrese porcentaje

- 4. En cuanto a **todos sus transportes**, ¿qué porcentaje de los transportes son entre instalaciones? (Ingrese el porcentaje)

7 Gastos en mano de obra

Esta sección pregunta sobre los gastos en mano de obra para operar su organización. *[Nota: Instrucciones, definiciones y ejemplos en el instrumento programado podrían aparecer al lado de elementos individuales para fines de claridad].*

- 1. Aquí se pregunta si su organización usó personal remunerado y voluntario en categorías distintas durante el año natural e 202X **[o ingrese el año**

fiscal, según sea apropiado]. En preguntas posteriores, se solicitará información sobre la compensación total y las horas trabajadas por el personal en categorías relevantes a su organización. Favor de revisar las siguientes instrucciones antes de completar el cuadro a continuación.

- Favor de proporcionar una respuesta por cada renglón en el cuadro a continuación.
- Las categorías de personal se enumeran bajo los encabezados de "Personal de EMT/Respuesta", "Personal de Administración/Instalaciones" y "Director Médico".
- El encabezado de "Personal de EMT/Respuesta" incluye varias categorías distintas de EMT- Básico, EMT-Intermedio, EMT-Paramédico y otros tipos de personal. Favor de usar las siguientes definiciones de CMS para las categorías de EMT:
 - EMT-Básico: certificación depende del nivel estatal o local.
 - EMT-Intermedio: "EMT-Intermedio es un individuo cualificado, de acuerdo con las leyes estatales y locales, como EMT-Básico y quien también tiene certificación, 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 que se usa en la industria.
 - EMT-Paramédico: "EMT-Paramédico tiene las cualificaciones del EMT-Intermedio y, de acuerdo con las leyes estatales y locales, cuenta con habilidades aumentadas que incluyen la capacidad de administrar intervenciones y medicamentos adicionales". "Paramédico" es otro término que se usa en la industria.
- **[Incluya solamente para NPI en que Servicios Compartidos = Sí]** Incluya solamente a individuos que tenían responsabilidades **relacionadas en parte o completamente con su operación de ambulancias terrestres**, incluyendo el personal de primera fila que responde a llamadas para ambulancias terrestres y el personal de administración e instalaciones que apoyaba a su operación de ambulancias terrestres. Éstos podrían incluir, por ejemplo, bomberos/EMT y gerentes (tal como un jefe de bomberos) con responsabilidades relacionadas con ambulancias terrestres.
- **[Incluya solamente para NPI en que Servicios Compartidos = Sí] No** incluya a individuos que tenían **solamente** responsabilidades no relacionadas con ambulancias terrestres (por ejemplo, bomberos que no eran personal de EMT/Respuesta o gerentes como jefes adjuntos de bomberos sin responsabilidades relacionadas con ambulancias terrestres). **[Incluya solamente para NPI de ambulancias aéreas si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1.)] No** incluya a individuos que tenían **solamente** responsabilidades de ambulancias aéreas.
- Incluya al personal de EMT/respuesta en la categoría de EMT/respuesta que corresponde a su nivel al comienzo del año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado].**
- La regla por defecto es informar sobre individuos sin **ninguna** responsabilidad de EMT/respuesta en la categoría correspondiente de EMT/respuesta y no en la categoría de administración/instalaciones. **No** informe sobre personal de EMT/respuesta en las categorías de personal de

administración/instalaciones, aunque a veces desempeñen tareas de administración/instalaciones. Por ejemplo, un EMT con responsabilidades de mantenimiento de vehículos contribuiría a la categoría correspondiente de EMT, pero **no** a la categoría de mantenimiento de vehículos.

- Para personal de administración/instalaciones con varias funciones, asigne a cada individuo a la categoría que indique la actividad principal del individuo. Por ejemplo, si un individuo desempeñaba principalmente tareas de gerencia, pero también tenía tareas de facturación o facturación previa, incluya al individuo en la categoría de gerencia.
- No informe sobre servicios contratados externos – por ejemplo, mantenimiento de vehículos bajo contrato – si el contrato cubría servicios y suministros en adición a la mano de obra. Tendrá la oportunidad de informar estos costos en otra sección.
- Incluya al personal que era remunerado y voluntario durante el año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]**, por ejemplo, un empleado que era remunerado al principio del año y se convirtió en voluntario más luego durante el año, en la categoría correspondiente de personal remunerado.
- Solamente asigne al personal a categorías de EMT/Respuesta si tienen funciones de EMT/Respuesta en **su organización**. Si un miembro del personal administrativo de su organización es EMT certificado, pero no presta servicios de EMT en su organización, no incluya a esa persona en una categoría de EMT/Respuesta.
- Use la categoría "otro" solamente para informar sobre personal que (a) tiene al menos algunas responsabilidades de ambulancias terrestres y (b) no tienen ninguna responsabilidad en ninguna de las categorías listadas.

Favor de indicar si su organización tenía personal remunerado (de tiempo completo y/o parcial) **[y/o utilizó personal voluntario (muestre solamente si Sección 2, Pregunta 6 es Sí (1))]** en cada una de las siguientes categorías en el año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]** (marque todo lo que corresponda).

Categoría de personal	Personal Remunerado [Muestre “sin funciones de Bombero/Polici�a/Seguridad Pública”, si corresponde, para servicios compartidos]	Personal Voluntario [Muestre si Sección 2, Pregunta 6 es Sí (1) “sin funciones de Bombero/Polici�a/Seguridad Pública”, si corresponde, para servicios compartidos]	[Muestre columna, si corresponde, para servicios compartidos, “Personal Remunerado con funciones de Bombero/Polici�a/Seguridad Pública”]	[Muestre columna, si corresponde , para servicios compartidos, y si Sección 2, Pregunta 6 es Sí (1), “Personal Voluntario con funciones de Bombero/Polici�a/Seguridad Pública”]
Personal de EMT/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 – Param�dico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermero, m�dico, terapeuta respiratorio u otro personal m�dico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de respuesta m�dica en emergencias (EMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductor de ambulancia (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/Instalaciones				
Personal administrativo (clerical, recursos humanos [HR], facturación, apoyo informático, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerencia (ejecutivo, portavoz, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Categoría de personal	Personal Remunerado [Muestre “sin funciones de Bombero/Policia/Seguridad Pública”, si corresponde, para servicios compartidos]	Personal Voluntario [Muestre si Sección 2, Pregunta 6 es Sí (1) “sin funciones de Bombero/Policia/Seguridad Pública”, si corresponde, para servicios compartidos]	[Muestre columna, si corresponde, para servicios compartidos, “Personal Remunerado con funciones de Bombero/Policia/Seguridad Pública”]	[Muestre columna, si corresponde, para servicios compartidos, y si Sección 2, Pregunta 6 es Sí (1), “Personal Voluntario con funciones de Bombero/Policia/Seguridad Pública”]
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 instalaciones (personal de consejería, lavandería, reparaciones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro no informado arriba [Si el encuestado selecciona "otro", un campo en blanco aparecerá para solicitar al encuestado que especifique la categoría]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. [Por cada categoría en el cuadro donde un encuestado seleccionó “No” en todas las columnas, una pregunta de seguimiento será presentada para evaluar las razones por las que el encuestado seleccionó “No.”] En la pregunta anterior, informó que **no** uso ningún [ingrese categoría de personal] en su operación de ambulancias terrestres

en el año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]**. Favor de seleccionar una o más razones por las que [seleccione todo lo que corresponda]:

- a. Esta categoría de mano de obra forma parte de nuestra operación de ambulancias terrestres, pero es pagada o proporcionada sin costo por otra entidad (1). **[Si se selecciona esta opción, presente una declaración indicando que se pedirá al encuestado que informe las horas anuales asociadas y los costos asociados en las siguientes secciones.]**
- b. Uno o más miembros del personal realizan estas funciones, pero asignamos a este personal a otra categoría, según las instrucciones (2).
- c. No tenemos personal en esta categoría de mano de obra relacionada con nuestra operación de ambulancias terrestre y/o contratamos con otra organización para esta función (3).
- d. Otra (especifique): (4).

7.1 Compensación y horas trabajadas de EMT/personal de respuesta remunerado

[Si la Columna de Personal Remunerado en Sección 7, Pregunta 1 es “Sí” para uno o más categorías de personal de EMT/respuesta. Se pregunta sobre voluntarios en otra sección separada.]

1. Esta pregunta se trata del personal remunerado de EMT/Respuesta (de tiempo completo y/o parcial) en su organización durante el año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]**; específicamente, se trata de:
 - Compensación anual total para todo el personal remunerado de EMT/respuesta, por categoría
 - Total de horas trabajadas anualmente por el personal remunerado de EMT/respuesta, por categoría, incluyendo horas en actividades que no fueran servicios de ambulancia terrestre
 - Total de horas anuales **en relación a responsabilidades de ambulancia terrestre** para el personal de EMT/respuesta, por categoría
 - **[Incluya solamente si es relevante, según las respuestas en la Sección 7, Pregunta 1] Total de horas trabajadas anualmente en relación a operaciones de bomberos, policía y/u otras operaciones de seguridad pública** para personal de EMT/respuesta, por categoría
 - Total de horas trabajadas anualmente en relación a toda otra responsabilidad para personal de EMT/respuesta, por categoría Favor de revisar las siguientes instrucciones antes de completar el cuadro a continuación.
- [Incluya solamente para NPI en que Servicios Compartidos = Sí]**
Incluya solamente al personal remunerado de EMT/respuesta que tenía responsabilidades **relacionadas en parte o completamente con su operación de ambulancias terrestres**, incluyendo el personal de primera fila que responde a llamadas para ambulancias terrestres. Podría incluir, por ejemplo, bomberos/EMT y EMT que no sean bomberos.

- **[Incluya solamente para NPI en que Servicios Compartidos = Sí]** **No** incluya a individuos que solo tienen responsabilidades no relacionadas con ambulancias terrestres (por ejemplo, bomberos que no sean del personal de EMT/respuesta). **[Incluya para NPI de ambulancias aéreas solamente si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1.)]** **No** incluya a individuos que tenían **solamente** responsabilidades de ambulancias aéreas.
- Informe sobre personal remunerado con **cualquier** responsabilidad de EMT/respuesta en la categoría correspondiente de EMT/respuesta y **no** en ninguna otra categoría. Incluya al personal de EMT/respuesta que tenía responsabilidades de supervisión o administración/instalaciones en la categoría de personal de EMT/respuesta que corresponde a su nivel al comienzo del año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]**. **No** incluya este personal cuando responde las preguntas sobre el personal de administración/instalaciones más abajo. Por ejemplo, un EMT con responsabilidades de mantenimiento de vehículos contribuiría a la categoría correspondiente de EMT, pero **no** a la categoría de mantenimiento de vehículos en preguntas posteriores. Informará sobre el personal con solamente responsabilidades administrativas en preguntas posteriores.
- **[Incluya solamente si Sección, Pregunta 6 es Sí (1.)]** **No** incluya a personal voluntario de EMT/respuesta. Informará sobre este personal en una sección posterior.
- Incluya al personal remunerado de EMT/respuesta en la categoría de EMT/respuesta que corresponde a su nivel al comienzo del año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]**.
- Incluya al personal que era remunerado y voluntario durante el año natural de 202X **[o ingrese el año fiscal, según sea apropiado]**, por ejemplo, un empleado que era remunerado al principio del año y se convirtió en voluntario más luego durante el año, en la categoría correspondiente de personal remunerado.

Para Compensación Anual Total

- Informe la **compensación anual total** del personal remunerado en cada categoría de personal de EMT/respuesta en el cuadro abajo.
- La compensación total que informa debe incluir salarios/sueldos y, cuando corresponda, beneficios (por ejemplo, cuidado de salud, tiempo libre remunerado [PTO], jubilación, estipendios, seguro de vida), impuestos sobre la nómina del empleador, horas extras, tiempo de capacitación y pago por horas extraordinarias o tiempo de guardia para el personal remunerado.
- Si uno o más componentes de los costos de compensación (por ejemplo, beneficios) fueron pagados por otra entidad con la que tenía una relación de negocios (por ejemplo, un municipio a que sirve), favor de obtener e incluir estos costos cuando informa sobre la compensación total. Si solamente costos totales en una categoría están disponibles de otra entidad (por ejemplo, total de los costos por beneficios de todo el personal), favor de asignar a categorías de mano de obra con base en el

salario o los sueldos entre categorías de mano de obra. Por ejemplo, si el total de los beneficios era \$60,000, la tercera parte del salario y los sueldos del personal de EMT/respuesta era para EMT-Básico y dos tercios del salario y los sueldos del personal de EMT/respuesta era para EMT-Paramédico, \$20,000 (\$60,000 multiplicado por un tercio) contribuiría a la compensación total para EMT-Básico y \$40,000 (\$60,000 multiplicado por dos tercios) contribuiría a la compensación total para EMT-Paramédico.

Para el Total de Horas Trabajadas Anualmente

- Favor de informar el **total de horas trabajadas** por el personal remunerado de EMT/respuesta (incluyendo personal de tiempo completo y parcial) en cada categoría **por año**. Por ejemplo, si su organización tiene dos paramédicos remunerados que trabajan 2,000 horas por año cada uno (es decir, tiempo completo a 40 horas a la semana por 50 semanas), y dos paramédicos remunerados que trabajan 1,250 horas por año cada uno (es decir, tiempo parcial a 25 horas a la semana por 50 semanas), el total informado sería $2,000 + 2,000 + 1,250 + 1,250 = 6,500$ horas para paramédicos.
- Informe el **total de horas trabajadas**, en actividades de ambulancias terrestres y toda otra actividad, por el personal remunerado con responsabilidades de ambulancia terrestre, ya sean algunas o exclusivamente estas responsabilidades. A manera de ejemplo, para un bombero/EMT remunerado que trabajó 2,000 horas por año (es decir, tiempo completo a 40 horas a la semana por 50 semanas) entre operaciones de bomberos y de ambulancias terrestres, agregue 2,000 horas a su total de horas para todo el personal de EMT/respuesta, y **no** solamente la parte de las horas relacionada con los servicios de ambulancia terrestre.
- **No** incluya tiempo libre remunerado o no remunerado (por ejemplo, vacaciones, licencia por enfermedad, etc.) u horas pasadas recaudando fondos cuando informa el total de horas trabajadas anualmente.
- Incluya solamente al personal que cumplen sus funciones de EMT con su organización. Si tiene personal empleado como EMT con su organización y como bomberos con otra organización, incluya solamente las horas de EMT para su organización.
- [Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = "a" o "b".] Total de horas trabajadas por personal con funciones de bombero, policía y otras funciones de seguridad pública [**Rellene con "bombero", "policía" u "otra seguridad pública" según corresponda y muestre solamente cuando sea necesario de la Sección 7, Pregunta 1**] Favor de informar el **total de horas trabajadas anualmente** por el personal remunerado de EMT/respuesta (tiempo completo y parcial) **que tenía funciones de bombero, policía u otras funciones de seguridad pública** por separado del personal de EMT/respuesta que no tenía estas funciones. Por ejemplo, si su organización tiene a tres miembros del personal de EMT-Básico y cada uno de ellos trabajó 2,000 años al año (es decir, 40 horas la semana por 50 semanas), y dos son bomberos/EMT y uno es EMT pero no

bombero, informe las horas de los dos miembros del personal que son EMT/bomberos en la categoría de "EMT-Básico con función de bombero, policía u otra función de seguridad pública" y el tercer miembro del personal en la categoría de "EMT-Básico sin función de bombero, policía u otra función de seguridad pública".

- Incluya solamente al personal que cumplió sus funciones de bombero, policía u otra función de seguridad pública con **su organización**. A manera de ejemplo, si se empleaba a un miembro del personal como EMT con su organización pero como bombero con otra organización, informe la compensación y las horas de este miembro del personal en una categoría **sin** función de bombero, policía u otra función de seguridad pública.

[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = "a" o "b.]" Para el total de horas trabajadas anualmente en relación a operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública

- Favor de informar el total de horas trabajadas por el personal remunerado de EMT/respuesta con funciones de bombero, policía u otras funciones de seguridad pública (incluyendo al personal de tiempo completo y parcial) en relación a las operaciones de bombero, policía u otra operación de seguridad pública en cada categoría **por año**.

Para Horas Trabajadas Anualmente en Relación a Todas las Otras Responsabilidades

- Para el mismo personal que contribuyó al total de horas trabajadas en la pregunta anterior, informe las horas trabajadas anualmente por el personal remunerado de EMT/respuesta en relación a toda otra responsabilidad.
- Otras responsabilidades podrían incluir:
 - Operaciones de ambulancia aérea
 - Prestación de servicios de cuidado de salud no relacionados con ambulancias terrestres, tal como trabajo en una clínica
 - Responsabilidades de salud pública
 - Educación y alcance comunitario
 - Paramedicina comunitaria
 - Cualquier otra responsabilidad no relacionada con ambulancias terrestres y actividades de bombero/policía/seguridad pública, excluyendo tiempo libre remunerado o no remunerado y recaudación de fondos
- Todo el personal que contribuyó a este total debe también contribuir al "Total de Horas Trabajadas Anualmente" informado.
- Tal como es con otros elementos, **no** incluya a individuos que no tengan responsabilidades de ambulancias terrestres. Por ejemplo, el personal cuyas responsabilidades son 100% relacionadas con ambulancias aéreas **no** contribuye a su respuesta a este elemento, mientras que el personal con responsabilidades que son 50% en el área de ambulancias terrestres y 50 % en el área de ambulancias aéreas **sí** contribuye.
- A cambio de las preguntas anteriores en que cada uno de los miembros de su personal contribuyeron todas sus horas al total de horas trabajadas

anualmente, el personal contribuye **solo una fracción del total de sus horas** trabajadas anualmente a su respuesta en este elemento.

- Por ejemplo, un paramédico que trabaja 2,000 horas por año y divide su tiempo laboral en partes iguales entre operaciones de ambulancias terrestres y aéreas contribuiría 1,000 horas a este elemento. El mismo paramédico contribuye las 2,000 horas completas por el número de semanas trabajadas al total de horas trabajadas anualmente en un elemento anterior.
- Como otro ejemplo, un bombero/EMT-Básico que trabaja 2,000 horas por año que pasa la mitad de su tiempo en respuestas a llamadas de servicio de ambulancia terrestre, la cuarta parte de su tiempo en respuestas a llamadas de servicio de bomberos y otra cuarta parte de su tiempo en labores de educación y alcance comunitario contribuiría:
 - 2,000 horas a “Total de horas trabajadas anualmente por Personal Remunerado de EMT/Respuesta con Funciones de Bombero, Policía y/u otras Funciones de Seguridad Pública”
 - 500 horas a este elemento, “Horas trabajadas anualmente no relacionadas a Actividades de Ambulancias Terrestres o de Bomberos/Policía”. 500 horas es la cuarta parte del tiempo de este miembro de personal que está relacionado a toda otra responsabilidad
- Horas totales trabajadas en relación a toda otra responsabilidad deben ser menores del total de horas trabajadas en general por cada una de las categorías del personal remunerado de EMT/respuesta.

Favor de informar sobre el personal de EMT/respuesta en su organización en el año natural 202X **[o ingrese el año fiscal, según corresponda]**; específicamente:

- Compensación anual total para todo el personal remunerado de EMT/respuesta
- Horas anuales totales trabajadas por todo el personal remunerado de EMT/respuesta
- Horas totales trabajadas anualmente que **no** se relacionan con responsabilidades de ambulancias terrestres **[Incluya solamente si es relevante, con base en respuestas a Sección 7, Pregunta 1 y rellene con "bomberos", "policía" u "otra seguridad pública", según apropiado “o bomberos, policía y/u otra seguridad pública”]** para todo el personal de EMT/Respuesta

[Rellene cuadro automáticamente según las respuestas en Sección 7, pregunta 1]

Categoría de Personal de EMT/Respuesta	Compensación anual total para el personal remunerado de EMT/respuesta	Horas totales trabajadas anualmente para el personal remunerado de EMT/respuesta	Horas totales trabajadas anualmente en relación a operaciones de ambulancias terrestres	[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = "a" o "b.]" Total de horas trabajadas anualmente en relación a operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública	Horas trabajadas anualmente en relación a todas las otras responsabilidades
EMT – Básico, con función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas
EMT – Básico, sin función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
EMT – Intermedio, sin función de bombero/policía/seguridad pública función de seguridad	dólares	horas	horas	N/C	horas
EMT – Intermedio, con función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
EMT – Paramédico, sin función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas
EMT – Paramédico, con función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
Enfermero, médico u otro personal médico sin función de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas
Enfermero, médico u otro personal médico con función de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR) sin función de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas

Categoría de Personal de EMT/Respuesta	Compensación anual total para el personal remunerado de EMT/respuesta	Horas totales trabajadas anualmente para el personal remunerado de EMT/respuesta	Horas totales trabajadas anualmente en relación a operaciones de ambulancias terrestres	[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = “a” o “b.”] Total de horas trabajadas anualmente en relación a operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública	Horas trabajadas anualmente en relación a todas las otras responsabilidades
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR) con función de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
Conductor de ambulancia (no EMT/EMR) sin función de seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas
Conductor de ambulancia (no EMT/EMR) con función de seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas

2. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]**

Favor de informar la porción asignada de costos en mano de obra de EMT/respuesta que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares).

7.2 **Compensación y horas trabajadas de administración, personal de instalaciones y directores médicos**

[Si la Columna de Personal Remunerado en Sección 7, Pregunta 1 es “Sí” para uno o más de Personal de Administración, Instalaciones o Director Médico. Se pregunta sobre los voluntarios en otra sección distinta.]

Favor de revisar las siguientes instrucciones antes de completar el cuadro a continuación.

- Incluya al personal con las siguientes responsabilidades:
 - Administración (por ejemplo, personal clerical, HR y apoyo informático)
 - Gerencia (por ejemplo, ejecutivos y portavoces)
 - Facturación

- Despacho/centro de llamadas
- Mantenimiento de vehículos
- Mantenimiento de instalaciones (por ejemplo, consejería, lavandería y reparaciones)
- Incluya solamente personal remunerado de administración/instalaciones y del director médico que tenían responsabilidades **parcial o totalmente relacionadas con su operación de ambulancias terrestres**. Esto podría incluir, por ejemplo, jefes de bomberos con responsabilidades de gerencia relacionadas con su operación de ambulancias terrestres.
 - **No** incluya al personal con algunas o todas responsabilidades de EMT/respuesta. Este personal se incluye en un elemento anterior y **no** se informan aquí. Por ejemplo, un EMT con responsabilidades de mantenimiento de vehículos contribuiría a sus respuestas anteriores sobre el personal de EMT/respuesta y **no** al personal de administración/instalaciones en este elemento. Si se paga a un miembro del personal por tareas administrativas, pero éste cumple funciones de EMT/respuesta en calidad de voluntario, este miembro del personal se incluye en esta sección (y no en la sección del personal voluntario).
 - **[Incluya solamente para los que tienen voluntarios, Sección, Pregunta 6 es Sí (1.)]** No incluya al personal voluntario de administración/instalaciones o del director médico. Informará sobre este personal en una sección posterior.
 - **[Incluya solamente para NPI en que Servicios Compartidos = Sí]** **No** incluya a individuos que solo tienen responsabilidades no relacionadas con ambulancias terrestres (por ejemplo, jefes de bomberos que no tienen responsabilidades de gerencia de ambulancias terrestres).
 - **[Incluya solamente para NPI de ambulancias aéreas si Sección, Pregunta 13 es Sí (1.)]** **No** incluya a individuos que tenían **solamente** responsabilidades de ambulancias aéreas.

Para Compensación Anual Total

- Informe la **compensación anual total** del personal remunerado en cada categoría de personal de administración/instalaciones y del director médico en el cuadro abajo.
- La compensación total que informa debe incluir salarios/sueldos y, cuando corresponda, beneficios (por ejemplo, cuidado de salud, PTO, jubilación, estipendios, seguro de vida), impuestos sobre la nómina del empleador, horas extras, tiempo de capacitación y pago por horas extraordinarias o tiempo de guardia para el personal remunerado.
- Si uno o más componentes de los costos de compensación (por ejemplo, beneficios) fueron pagados por otra entidad con la que tenía una relación de negocios (por ejemplo, un municipio a que sirve), favor de obtener e incluir estos costos cuando informa sobre la compensación total. Si solamente costos totales en una categoría están disponibles de otra entidad (por ejemplo, total de los costos por beneficios de todo el personal), favor de asignar a categorías de mano de obra con base en el

salario o los sueldos entre categorías de mano de obra. Por ejemplo, si el total de los beneficios era \$60,000, la tercera parte del salario y los sueldos del personal de EMT/respuesta era para EMT-Básico y dos tercios del salario y los sueldos del personal de EMT/respuesta era para EMT-Paramédico, \$20,000 (\$60,000 multiplicado por un tercio) contribuiría a la compensación total para EMT-Básico y \$40,000 (\$60,000 multiplicado por dos tercios) contribuiría a la compensación total para EMT-Paramédico.

Para el Total de Horas Trabajadas Anualmente

- Favor de informar el **total de horas trabajadas** por todo el personal de administración/instalaciones y del director médico **anualmente**. Si su organización tiene a dos miembros del personal de administración/instalaciones que trabajaban 2,000 horas por año, y dos miembros del personal de administración/instalaciones que trabajaban 1,250 horas por año, el total informado sería $2,000 + 2,000 + 1,250 + 1,250 = 6,500$ horas.
- Informe el total de horas trabajadas por el personal remunerado de administración/instalaciones con responsabilidades parcial o totalmente relacionadas con ambulancias terrestres, A manera de ejemplo, para un jefe adjunto de bomberos remunerado que trabajó 2,000 horas por año entre operaciones de bomberos y de ambulancias terrestres, agregue 2,000 horas a su total de horas para todo el personal de administración/instalaciones, y **no** solamente la parte de las horas relacionada con los servicios de ambulancia terrestre.
- **No** incluya tiempo libre remunerado o no remunerado u horas pasadas recaudando fondos cuando informa el total de horas trabajadas anualmente.
- **No** incluya al personal con algunas o todas responsabilidades de EMT/respuesta. Este personal se incluye en un elemento anterior y **no** se informan aquí.

[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = “a” o “b”.] Total de horas trabajadas por personal con funciones de bombero, policía y/u otras funciones de seguridad pública

- **[Rellene con "bombero", "policía" u "otra seguridad pública" según corresponda y muestre solamente cuando sea necesario de la Sección 7, Pregunta 1]** Favor de informar el **total de horas trabajadas anualmente** por el personal remunerado de administración/instalaciones **que también tenía funciones de bombero, policía u otras funciones de seguridad pública** por separado del personal de administración/instalaciones que no tenía estas funciones. Por ejemplo, si su organización tenía a tres miembros del personal de administración/instalaciones que trabajaba 2,000 horas por año cada uno, y dos apoyaban en operaciones de policía y uno no, informe las horas de los dos miembros del personal que tenían responsabilidades de policía en la categoría de "Personal de Administración/Instalaciones con Función de Bombero, Policía y/u Otra Función de Seguridad Pública" y el tercer miembro del personal en la categoría de "Personal de Administración/Instalaciones sin Función de Bombero, Policía y/u Otra Función de Seguridad Pública".

- Incluya solamente al personal que cumplió sus funciones de bombero, policía y/u otras funciones de seguridad pública con **su organización**. A manera de ejemplo, si se empleaba a un empleado como personal administrativo con su organización pero como bombero con otra organización, informe la compensación y las horas de este miembro del personal en una categoría **sin** función de bombero, policía u otra función de seguridad pública.
- **No** incluya al personal remunerado con algunas o todas responsabilidades de EMT/respuesta en su respuesta a esta pregunta. El personal remunerado que tiene algunas o todas responsabilidades de EMT/respuesta se informan en la pregunta anterior y **no** se informan aquí.

[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = “a” o “b”.] Para el Total de horas trabajadas anualmente en relación a operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública

- Favor de informar el total de horas trabajadas por el personal administrativo remunerado con funciones de bombero, policía u otras funciones de seguridad pública (incluyendo al personal de tiempo completo y parcial) en relación a las operaciones de bombero, policía u otra operación de seguridad pública en cada categoría **por año**.

Horas Trabajadas Anualmente en Relación a Todas las Otras Responsabilidades

- **No** incluya al personal con algunas o todas responsabilidades de EMT/respuesta. Este personal se incluye en un elemento anterior y **no** se informan aquí.
- Para el mismo personal que contribuyó al total de horas trabajadas en la pregunta anterior, informe sobre horas trabajadas anualmente por el personal de administración/instalaciones y del director médico en cada categoría que eran **Relacionadas con toda otra responsabilidad**.
- Otras responsabilidades podrían incluir:
 - Operaciones de ambulancia aérea
 - Prestación de servicios de cuidado de salud no relacionados con respuestas y servicios de ambulancias terrestres, tal como el trabajo en una clínica. Esto no incluye a personas con responsabilidades de EMS que arriban al lugar en un vehículo que no sea una ambulancia terrestre.
 - Responsabilidades de salud pública
 - Educación y alcance comunitario
 - Paramedicina comunitaria
 - Cualquier otra responsabilidad no relacionada con ambulancias terrestres o actividades de bombero/policía/seguridad pública, excluyendo tiempo libre remunerado o no remunerado y recaudación de fondos
- Todo el personal que contribuyó a este total debe también contribuir al "Total de Horas Trabajadas anualmente" informado.
- Tal como es con otros elementos, **no** incluya a individuos que no tengan responsabilidades de ambulancias terrestres. Por ejemplo, el personal cuyas responsabilidades son 100% relacionadas con ambulancias aéreas **no** contribuye a su respuesta a este elemento, mientras que el

personal con responsabilidades que son 50% en el área de ambulancias terrestres y 50 % en el área de ambulancias aéreas **sí** contribuye.

[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]

En Preguntas 1-2, no incluya ningún "personal de oficina central" que sirve múltiples NPI. Tendrá la oportunidad de informar sobre los costos de este personal en la Pregunta 3 de esta sección.

- A cambio de las preguntas anteriores en que cada uno de los miembros de su personal contribuyeron todas sus horas al total de horas trabajadas anualmente, el personal contribuye **solo una fracción** del total de sus horas trabajadas anualmente a su respuesta en este elemento.
 - Por ejemplo, un individuo con responsabilidades clericales que trabaja 2,000 horas por año y divide su tiempo en partes iguales entre operaciones de ambulancias terrestres y aéreas contribuiría 1,000 horas (1,000 horas multiplicadas por la mitad) a este elemento. El mismo individuo contribuye las 2,000 horas completas al total de horas trabajadas anualmente en un elemento anterior.
 - Como otro ejemplo, un jefe adjunto de bomberos que trabaja 2,000 horas por año que pasa la mitad de su tiempo de servicio en la gerencia de servicios ambulancias terrestres, la cuarta parte de su tiempo en la gerencia de actividades de respuesta y otra cuarta parte de su tiempo en labores de educación y alcance comunitario contribuiría:
 - 2,000 horas a "Total de horas trabajadas anualmente" para "Personal de Administración/Instalaciones con función de bombero, policía y/u otra función de seguridad pública"
 - 500 horas a "Horas trabajadas anualmente no relacionadas a Funciones de Respuesta en Ambulancias Terrestres o de Bomberos". 500 horas es la cuarta parte del tiempo de este miembro de personal que está relacionado a toda otra responsabilidad.
- Horas totales trabajadas en relación a otras responsabilidades deben ser menores del total de horas trabajadas en general por cada una de las categorías del personal remunerado de administración/instalaciones.

1. Esta pregunta se trata del personal sin responsabilidades de EMT/respuesta, incluyendo el personal de administración/instalaciones y del director(es) médico(s), en su organización anualmente durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. En particular:

- Compensación anual total para personal remunerado de//instalaciones/director médico
- Total de horas trabajadas anualmente por el personal remunerado de administración/instalaciones y del director médico
- Total de horas trabajadas anualmente relacionadas con operaciones de ambulancias terrestres por el personal remunerado de administración/instalaciones y del director médico

- **[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = “a” o “b”.]** Total de horas trabajadas anualmente en relación con operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública
- Total de horas anuales relacionadas con toda otra responsabilidad para el personal de administración/instalaciones y del director médico

[Rellene cuadro automáticamente según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1]

Categoría de Personal Administrativa, de Instalaciones y Director Médico	Compensación anual total para personal remunerado de admin./instalaciones/director médico	Horas totales trabajadas anualmente por el personal remunerado de admin./instalaciones/director médico	Horas totales trabajadas anualmente en relación con operaciones de ambulancias terrestres	[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = “a” o “b”.] Total de horas trabajadas anualmente en relación con operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública	Horas totales trabajadas en relación con toda otra responsabilidad
Administración/ personal de instalaciones, sin función de bombero/policía /seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas
Administración/ personal de instalaciones, con función de bombero/policía /seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas
Director médico, sin función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	N/C	horas

Categoría de Personal Administrativa, de Instalaciones y Director Médico	Compensación anual total para personal remunerado de admin./instalaciones/director médico	Horas totales trabajadas anualmente por el personal remunerado de admin./instalaciones/director médico	Horas totales trabajadas anualmente en relación con operaciones de ambulancias terrestres	[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = "a" o "b".] Total de horas trabajadas anualmente en relación con operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública	Horas totales trabajadas en relación con toda otra responsabilidad
Director médico, con función de bombero/policía/seguridad pública	dólares	horas	horas	horas	horas

2. Entre el personal parcial o completamente relacionada con su operación de ambulancias terrestres, ¿tenía a uno o más miembros individuales del personal que dedicaban un total de al menos medio tiempo (es decir, 1,000 horas por año o aproximadamente 20 horas por semana) a cada una de las siguientes actividades? No incluya a individuos cuyos servicios eran parte de un servicio contratado externo.
 - a) Facturación (Sí (1), No (0))
 - b) Análisis de datos (Sí (1), No (0))
 - c) Capacitación (Sí (1), No (0))
 - d) Control de calidad médica (Sí (1), No (0))
3. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de costos administrativos que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. Asegúrese de no incluir gastos asociados con personal que se incluyeron en sus respuestas a preguntas anteriores. (Ingrese cantidad en dólares).
4. ¿Su organización contrata con un director médico, en lugar de emplearlo directamente? Sí (1), No (0).
 - i. **[Si respondió Sí]** Favor de informar la cantidad total de compensación por servicios de dirección médica que su organización pagó, y no el valor del tiempo del director médico. (Ingrese número)

7.3 Mano de obra voluntaria

1. **[Incluya si Sección 7, Pregunta 1, se nota mano de obra voluntaria de EMT/respuesta]** ¿Cuántos individuos eran voluntarios de EMT/respuesta

durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? (Ingrese número).

2. **[Incluya si Sección 7, Pregunta 1, se nota mano de obra voluntaria de EMT/respuesta]** Esta pregunta se trata de las horas de los voluntarios de EMT/respuesta anualmente durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]. En particular:

- Total de horas voluntarias para todo el personal de EMT/respuesta entre todas las actividades, incluyendo las de ambulancias terrestres y otras.
- Horas incluyen el tiempo desde el cual el voluntario recibe una llamada hasta el momento en que termine la llamada, también como el tiempo que pasa en la estación realizando tareas como si se le estuviera pagando. No incluya horas pasadas de guardia en esta sección.

[Rellene cuadro automáticamente según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1]

Categoría de Personal de EMT/Respuesta	Horas totales de todo el personal voluntario de EMT/respuesta	Horas totales trabajadas anualmente en relación a operaciones de ambulancias terrestres	[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 7 = "a" o "b".] Total de horas trabajadas anualmente en relación a operaciones de bomberos, policía y otras operaciones de seguridad pública	Horas totales trabajadas en relación a toda otra responsabilidad
EMT – Básico, con función de bombero/policía/seguridad pública	horas	horas	N/C	horas
EMT – Básico, sin función de bombero/policía/seguridad pública	horas	horas	horas	horas
EMT – Intermedio, sin función de bombero/policía/seguridad pública	horas	horas	N/C	horas
EMT – Intermedio, con función de bombero/policía/seguridad pública	horas	horas	horas	horas

EMT – Paramédico, sin función de bombero/ policía/seguridad pública	horas	horas	N/C	horas
EMT – Paramédico, con función de bombero/ policía/seguridad pública	horas	horas	horas	horas
Enfermero, médico u otro personal médico sin función de seguridad pública	horas	horas	N/C	horas
Enfermero, médico u otro personal médico con función de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR) sin función de seguridad pública	horas	horas	N/C	horas
Personal de respuesta médica en emergencias (EMR) con función de seguridad pública	horas	horas	horas	horas
Conductor de ambulancia (no EMT/EMR) sin función de seguridad pública	horas	horas	N/C	horas
Conductor de ambulancia (no EMT/EMR) con función de seguridad pública	horas	horas	horas	horas

3. **[Incluya si Sección 7, Pregunta 1, se nota mano de obra voluntaria de administración/instalaciones]** ¿Cuántos **individuos** eran voluntarios de **administración/instalaciones** durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Favor de leer las siguientes instrucciones antes de contestar esta pregunta.

- Incluya solamente a voluntarios relacionados con su operación de ambulancias terrestres. No incluya a voluntarios con funciones de

EMT/respuesta y también responsabilidades administrativas/de instalaciones (ya informó sobre estos individuos en el elemento 1 arriba).

Número de individuos: (Ingrese número)

4. **[Incluya si Sección 7, Pregunta 1, se nota mano de obra voluntaria de administración/instalaciones]** ¿Qué era el número total de horas en mano de obra voluntaria de **administración/instalaciones** anualmente durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**?

- Incluya solamente las horas de voluntarios relacionados con su operación de ambulancias terrestres. **No** incluya horas de voluntarios con funciones de EMT/respuesta y también responsabilidades administrativas/de instalaciones (ya informó sobre estos individuos en el elemento 2 arriba) y no incluya horas de voluntarios del director médico.

Total de horas trabajadas anualmente para el personal de administración/instalaciones **[Incluya solamente si es relevante, según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1 y rellene con “bombero,” “policía” y/u “otra seguridad pública”, según sea apropiado,** “sin funciones de bombero/policía/otras funciones de seguridad pública”]: (Ingrese número)

[Incluya solamente si es relevante, según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1 y rellene con “bombero,” “policía” y/u “otra seguridad pública”, según sea apropiado] Total de horas trabajadas anualmente para el personal de administración/instalaciones con funciones de bombero/policía/otras funciones de seguridad pública: (Ingrese número)

[Incluya solamente si es relevante, según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1 y rellene con “bombero,” “policía” y/u “otra seguridad pública”, según sea apropiado] Número de horas relacionadas a actividades de bombero/policía/otras funciones de seguridad pública para el personal de administración/instalaciones con funciones de bombero/policía/otras funciones de seguridad pública: (Ingrese número)

Número de horas relacionadas a toda otra responsabilidad para el personal de administración/instalaciones **[Incluya solamente si es relevante, según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1 y rellene con “bombero,” “policía” y/u “otra seguridad pública”, según sea apropiado,** “sin funciones de bombero/policía/otras funciones de seguridad pública”]: (Ingrese número)

[Incluya solamente si es relevante, según las respuestas en Sección 7, Pregunta 1 y rellene con “bombero,” “policía” y/u “otra seguridad pública”, según sea apropiado] Número de horas relacionadas a toda otra responsabilidad para el personal de administración/instalaciones con funciones de bombero/policía/otras funciones de seguridad pública: (Ingrese número)

5. **[Incluya si Sección 7, Pregunta 1, se nota mano de obra voluntaria del director médico]** ¿Qué era el número total de horas en mano de obra voluntaria del **director médico** durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**?

Número de horas: (Ingrese número)

Número de horas no relacionadas con actividades de ambulancias terrestres: (Ingrese número)

6. ¿Proporcionó su organización estipendios, honorarios, beneficios y/u otra compensación por mano de obra voluntaria en ambulancias terrestres? Sí (1), No (0)
 - i. **[Si respondió Sí (1)]** ¿Qué era el costo total de toda la compensación para voluntarios (por ejemplo, estipendios y/o beneficios) durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese cantidad en dólares)
7. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de costos asociados con mano de obra voluntaria que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares).

8 Gastos en instalaciones

Esta sección pregunta sobre los gastos en instalaciones para su organización de ambulancias terrestres. Se han usado estas instalaciones para el despacho/centros de llamadas, almacenamiento de vehículos, personal administrativo y de EMT u otras actividades en apoyo de los servicios de ambulancia terrestre de su organización. **[Si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia: "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."]** **[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** No incluya ninguna "instalación de oficina central" que sirve a múltiples NPI, salvo cuando se solicita específicamente esa información (Sección 8.2, Pregunta 2 y Sección 8.3, Pregunta 2).

8.1. Información sobre instalaciones

1. ¿Cuántas instalaciones en total (edificios separados) utilizó su NPI en relación a sus operaciones de ambulancias terrestres? Favor de pensar en instalaciones que tenía para despacho/centros de llamadas, garajes y personal administrativo y de EMT. **No** incluya instalaciones usadas por entidades contratadas que su organización misma no ocupa (por ejemplo, un centro de llamadas a que paga una tarifa mensual por servicios de llamadas). (Ingrese número)
2. Favor de proveer el nombre o función de las instalaciones usadas para apoyar los servicios de ambulancias terrestres de su organización (por ejemplo, centro de llamadas, garaje, edificios administrativo, edificio del personal de EMT). Si tenía un edificio para despacho/centros de llamadas, garajes, y personal administrativo y de EMT, indique solamente ese único edificio.
 - Instalación 1: (Ingrese nombre)
 - Instalación 2: (Ingrese nombre)
 - Instalación 3, etc.: (Ingrese nombre)
3. Por cada uno de los siguientes tipos de instalaciones, favor de marcar la opción que mejor corresponda e ingresar la superficie cuadrada y el porcentaje de la superficie cuadrada asociado con servicios de

ambulancia terrestre. **[La siguiente matriz será rellena con las repuestas de Sección 8.1, Pregunta 2.]**

- Informe la superficie cuadrada total de las instalaciones Por ejemplo, informe la superficie cuadrada total de una instalación usada para vehículos y respuestas tanto de bomberos como de ambulancia.
- Informe su mejor estimado de la proporción de la instalación asociada con servicios de ambulancia terrestre. No incluya áreas de garaje, almacenamiento y personal que se usan para respuesta de bomberos. Incluya una parte de espacios comunes y de oficinas relacionados con ambulancias terrestres y con otras actividades en proporción a su parte de las respuestas totales que sean respuestas de ambulancia terrestre. Por ejemplo, si la mitad de las respuestas de su organización son respuestas de ambulancia terrestre, incluya la mitad de la superficie cuadrada para estas áreas.

Nombre de instalación [Ingrese nombre]	Su organización u otra entidad efectuó pagos de alquiler o arrendamiento por la instalación.	Su organización u otra entidad era propietario de la instalación y efectuó pagos hipotecarios, de interés y otros pagos hacia la titularidad	Su organización u otra entidad es propietario absoluto de la instalación	La instalación fue donada – ningún costo (excluyendo el mantenimiento, servicios públicos, seguro e impuestos)	Superficie cuadrada de la instalación	Porcentaje de la superficie cuadrada de la instalación relacionado con servicios de ambulancia terrestre
Nombre de Instalación 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese número	Ingre se porcenta je
Nombre de Instalación 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese número	Ingre se porcenta je
Nombre de Instalación [x]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese número	Ingre se porcenta je

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

1. **[Si Sección 8.1, Pregunta 3 es “su organización u otra entidad era dueño del edificio e hizo hipoteca...” o “Su organización es propietario absoluto de la instalación ” para al menos una instalación]** ¿Su organización calculó gastos de depreciación anuales para algunas o todas sus instalaciones durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Sí (1), No (0).
2. Favor de informar arriendo/alquiler anual o el costo de titularidad de cada instalación durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Incluya solamente los gastos parcialmente relacionados con sus operaciones de ambulancias terrestres. Costos de titularidad anuales pueden incluir gastos de depreciación, costos de adquisiciones (por instalaciones compradas directamente durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** y para los que no calcula los gastos de depreciación, el interés anual de la hipoteca, el interés de los bonos y otros costos de titularidad. No incluya gastos de seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos en los costos de titularidad que informa en esta pregunta. Informará sobre estos costos en la Sección 8.3 abajo.

[Sección 8.2, Pregunta 1=“No”] Indicó arriba que su organización no calculó gastos de depreciación anuales para instalaciones durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. No incluya gastos de depreciación en su respuesta a esta pregunta. Solamente informe gastos de adquisiciones de instalaciones si compró la instalación directamente durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**.

[Si >0 instalaciones propias en Sección 8.1 y Sección 8.2, Pregunta 1 = “Sí”] No informe los gastos de adquisiciones de edificios si informa un gasto de depreciación anual para el mismo edificio. Si su organización calcula gastos de depreciación para varios fines (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales vs. Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP) para fines de auditoría estándar), favor de informar el gasto de depreciación que se capturó para fines de auditoría estándar.

[Presente opciones abajo según las respuestas en Sección 8.1, Pregunta 3.]

Nombre de Instalación [rellene con nombres ingresados en elemento anterior]	[SI ES ALQUILADA/ARRENDADA] Costos de alquiler o arriendo anual por cada instalación	[Si es PROPIA y Sección 8.2, Pregunta 1=Sí] Gasto de depreciación anual	Costo de adquisición total si se compró directamente durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]	[Si es PROPIA, pagos] Interés anual de la hipoteca, interés de los bonos u otros costos de titularidad (incluyendo pagos hacia el principal si no se informa gasto de depreciación anual)	[Si es PROPIA y no informan costos] Ningún costo anual por titularidad (excluyendo mantenimiento, servicios públicos, seguro e impuestos) por instalaciones que le pertenecen completamente o le fueron donadas.
Nombre de Instalación 1	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	☐
Nombre de Instalación 2	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	☐
Nombre de Instalación 3	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	☐
Nombre de Instalación [x]	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	Ingres e cantida d	☐

3. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de los costos de arriendo o titularidad de instalaciones que se incurrió a nivel de su organización matriz/oficina central (por ejemplo, edificios corporativos o regionales, garajes o instalaciones de servicios que sirven múltiples NPI) a este NPI según el enfoque de su organización para asignar costos anuales a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

8.3. Seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos

1. Favor de indicar la cantidad total pagada por su organización por lo siguiente durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. El total incluye los costos pagados por otra organización o entidad en su nombre e incluye los costos por todas las instalaciones enumeradas arriba que se relacionaban parcial o totalmente a sus operaciones de ambulancias terrestres. Excluya los donativos o las excepciones que no tuvieron costo. Si informa una cantidad específica de sus **operaciones de ambulancias terrestres**, informe 100% en la segunda columna. Si informa una cantidad que refleja los costos de sus operaciones de ambulancias terrestres y otras operaciones – por ejemplo, bomberos, policía u operaciones de proveedores de Medicare – informe la parte del total informado asociado con las **operaciones de ambulancias terrestres de su organización**.

Gasto	Cantidad	Parte Asociada con sus Operaciones de Ambulancias Terrestres
Total de costos de seguros relacionados con instalaciones para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] . Ingrese cantidad en dólares.	Ingrese cantidad	Ingrese porcentaje
Total de costos de mantenimiento y mejoras de instalaciones para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] . No incluya costos de mano de obra si se incluyeron en la sección de mano de obra del instrumento. Ingrese cantidad en dólares.	Ingrese cantidad	Ingrese porcentaje
Total de costos de servicios públicos de instalaciones para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] . Ingrese cantidad en dólares.	Ingrese cantidad	Ingrese porcentaje
Total de costos impuestos de instalaciones para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] . No incluya impuestos que se incluyeron en la sección de hipoteca del instrumento. Ingrese cantidad en dólares.	Ingrese cantidad	Ingrese porcentaje

2. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de los costos del seguro, mantenimiento, servicios públicos e impuestos que se incurrió a nivel de su organización matriz/oficina central (por ejemplo, edificios corporativos o

regionales, garajes o instalaciones de servicios que sirven múltiples NPI) a este NPI según el enfoque de su organización para asignar costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

9 Gastos en vehículos

Las siguientes preguntas se tratan de los vehículos que su organización usa.

9.1. Gastos en vehículos de ambulancia terrestre

Para cada una de las siguientes preguntas, considere solamente los vehículos que se consideran **ambulancias terrestres** en su jurisdicción, según las regulaciones estatales o locales. Para fines de este instrumento de recopilación de datos, las ambulancias terrestres incluyen ambulancias en la tierra y en el agua. Incluya toda ambulancia terrestre, independientemente de si la ambulancia transportó a pacientes o si facturó transportes realizados con esta ambulancia. **No** incluya camiones de bomberos, vehículos de rescate u otros vehículos que no se consideran ambulancias terrestres en su jurisdicción – se preguntará sobre éstos más luego. **[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** No incluya ningún "vehículo de oficina central" que sirve a múltiples NPI, salvo cuando se solicita específicamente esa información (Sección 9.2, Pregunta 6 y Sección 9.3, Pregunta 6).

1. ¿Cuántas ambulancias terrestres le pertenecen a su organización (incluyendo vehículos comprados, regalados o donados)? (Ingrese número)
 - a. **[Si Sección 9.1, Pregunta 1 es >0]** ¿Su organización calcula gastos de depreciación por algunas o todas sus ambulancias terrestres durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Sí (1), No (0).
2. ¿Cuántas ambulancias terrestres arrienda su organización? (Ingrese número)
3. **[Si Sección 2, Pregunta 11 es Sí (1)]** ¿Qué era el número total de millas (facturadas y no facturadas) que viajaron las ambulancias en la tierra por cualquier motivo durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese número de millas)
4. **[Si Sección 2, Pregunta 12 es Sí (1)]** ¿Qué era el número total de millas legales (facturadas y no facturadas) que viajaron las ambulancias en el agua por cualquier motivo durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese número de millas)
5. Informe la siguiente información, incluyendo gastos anuales de alquiler/arriendo o costos anuales de titularidad, por cada ambulancia terrestre que le pertenece y/o que arrienda. Costos anuales de titularidad podrían incluir gastos anuales de depreciación y pagos de interés. No incluya gastos de matrícula, licencias, seguro, mantenimiento y combustible en los costos de titularidad que informa en esta pregunta. Informará sobre estos costos en la Sección 9.3 abajo. **[Si 9.1, Pregunta 1a="No"]** Indicó arriba que su organización no calculó gastos de depreciación anuales para ambulancias terrestres durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. No incluya gastos de depreciación en su

respuesta a esta pregunta. Solamente informe gastos de adquisición de ambulancias terrestres si compró el vehículo directamente durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]. **[Si Sección 9.1, Pregunta 1 >0 y Sección 9.1, Pregunta 1a="Sí"]** No informe los gastos de adquisición de ambulancias terrestres relacionados con un gasto de depreciación anual por la misma ambulancia terrestre. Si su organización calcula gastos de depreciación para varios fines (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales vs. Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP) para fines de auditoría estándar), favor de informar el gasto de depreciación que se capturó para fines de auditoría estándar.

[Opción 1: Si PROPIA. Número de renglones determinado según la respuesta en Sección 9.1, Pregunta 1. Encuestados podrán nombrar a cada vehículo.]

Ambulancia Terrestre Propia	¿Se usó esta ambulancia terrestre para transportar a pacientes durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? Sí (1), No (0)	¿Fue donada esta ambulancia terrestre? Sí (1), No (0)	[Si No (0) en la columna anterior y Sección 9.1, Pregunta 1a="Sí"] ¿Qué era el gasto de depreciación anual [Si Sección 9.1, Pregunta 1a="No"] ¿Qué era el costo de la compra si se compró durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]?	Interés anual del préstamo u otros costos de titularidad no informados anteriormente	¿Se volvió a montar esta ambulancia terrestre durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? Sí (1), No (0)	[Si respondió Sí (1) en la columna anterior] ¿Qué era el costo a su organización para volver a montarla?
Ambulancia a núm. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingres e cantidad	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad
Ambulancia núm. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingres e cantidad	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad
Ambulancia núm. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingrese cantidad	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad
Ambulancia [x]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingres e cantidad	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad

[Opción 2: Si es arrendada. Número de renglones determinado según la

respuesta en Sección 9.1, Pregunta 2. Encuestados podrán nombrar a cada vehículo.]

Ambulancia Terrestre Arrendada	¿Se usó esta ambulancia terrestre para transportar a pacientes durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? Sí (1), No (0)	¿Costo total del arriendo a su organización por esta ambulancia durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]?
Ambulancia núm. 1	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad
Ambulancia núm. 2	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad
Ambulancia núm. 3	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad
Ambulancia [x]	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad

6. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de costos en vehículos de ambulancia que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

9.2. Gastos en otros vehículos (que no sean ambulancias)

Esta sección pregunta sobre vehículos que se usaron para responder a llamadas para ambulancias terrestres o para apoyar a operaciones de ambulancias terrestres y que no sean ambulancias. Estos vehículos podrían incluir SUV, camiones, QRV, "coches de vuelo", coches líderes o vehículos de "carrera corta"), vehículos de supervisión u otros tipos de vehículos. No incluya vehículos que cumplan los requisitos para ambulancias en su jurisdicción—se preguntó sobre esos vehículos en la sección anterior. **[Si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia:]** "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."

1. ¿Le pertenecían o arrendaba **vehículos que no sean ambulancias** (incluyendo vehículos comprados, regalados o donados) que se usaron para responder a llamadas para ambulancias terrestres o apoyar en operaciones de ambulancias terrestres? Sí (1), No (0)
 - a. **[Sí (1), proceda a contestar las preguntas en esta sección.**
 - b. **No (0), salte a la Sección 9.3.]**
2. ¿Cuántos vehículos que no sean ambulancias propios o arrendados de su organización (incluyendo vehículos comprados, regalados o donados) se usaron para responder a llamadas para ambulancias terrestres o apoyar en operaciones de ambulancias terrestres? Estos podrían incluir camiones de bomberos, vehículos de rescate en la tierra o en el agua, vehículos que responden a emergencias pero no se diseñaron para transportar a pacientes (por ejemplo, QRV, "coches de vuelo", coches líderes o vehículos de "carrera corta"), vehículos de supervisión u otros tipos de vehículos.
 - a. Número de vehículos que no sean ambulancias PROPIOS (incluya vehículos donados): (Ingrese número)

- b. **[Si Sección 9.2, Pregunta 2a es >0]** ¿Su organización calcula gastos de depreciación por algunas o todas sus vehículos que no sean ambulancias durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Sí (1), No (0).
- c. Número de vehículos que no sean ambulancias ARRENDADOS: (Ingrese número)
3. ¿Qué era el número total de millas que viajaron los vehículos terrestres que no sean ambulancias por cualquier motivo durante el año natural 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese número de millas)
4. **[Pregunte si Sección, Pregunta 12 es Sí (1.)]** ¿Qué era el número total de millas legales que viajaron los vehículos de agua que no sean ambulancias por cualquier motivo durante el año natural 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese número de millas)
5. Informe la siguiente información, incluyendo gastos anuales de alquiler/arriendo o costos anuales de titularidad, por cada vehículo propio o arrendado que no sea ambulancia. Costos anuales de titularidad podrían incluir gastos anuales de depreciación y pagos de interés. No incluya gastos de matrícula, licencias, seguro, mantenimiento y combustible en los costos de titularidad que informa en esta pregunta. Informará sobre estos costos en la Sección 9.3 abajo. **[Si Sección 9.1, Pregunta 1a="No"]** Indicó arriba que su organización no calculó gastos de depreciación anuales para vehículos que no sean ambulancias durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. No incluya gastos de depreciación en su respuesta a esta pregunta. Solamente informe gastos de adquisición de vehículos que no sean ambulancias si compró el vehículo directamente durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. **[Si Sección 9.1, Pregunta 1a="Sí"]** No informe los gastos de adquisición de ambulancias terrestres relacionados con un gasto de depreciación anual por el mismo vehículo que no sea ambulancia. Si su organización calcula gastos de depreciación para varios fines (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales vs. Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP) para fines de auditoría estándar), favor de informar el gasto de depreciación que se capturó para fines de auditoría estándar.

[Opción 1: Si PROPIA. Número de renglones determinado según la respuesta en Sección 9.2, Pregunta 2a. Encuestados podrán nombrar a cada vehículo.]

Vehículo propio que no sea ambulancia	¿Se usó este vehículo para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? Sí (1), No (0)	¿Qué tipo de vehículo es? (Menú desplegable: Camión de bomberos; Vehículo de rescate en tierra, Vehículo de rescate en agua, Vehículo que responde a emergencias pero no se diseñó para transportar a pacientes (por ejemplo, QRV, "coches de vuelo", coches líderes o vehículos de "carrera corta"), Otro vehículo)	¿Fue donado este vehículo? Sí (1), No (0)	[Si No (0) en la columna anterior y Sección 9.2, Pregunta 1b="Sí"] ¿Qué era el gasto de depreciación anual [Si Sección 9.2, Pregunta 1b="No"] ¿Qué era el costo de la compra si se compró durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]?	Interés anual del préstamo u otros costos de titularidad no informados anteriormente (incluyendo pagos al principal si no se informó el gasto de depreciación anual)	¿Qué parte de las millas que el vehículo viajó se relacionaba con los servicios de ambulancias terrestres?
Vehículo núm. 1	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingrese cantidad	Ingrese %
Vehículo núm. 2	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingrese cantidad	Ingrese %
Vehículo núm. 3	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingrese cantidad	Ingrese %
Vehículo [x]	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad	Ingrese cantidad	Ingrese %

[Opción 2: Si es ARRENDADO. Número de columnas determinado según la respuesta en Sección 9.2, Pregunta 2b. Encuestados podrán nombrar a cada vehículo.]

Vehículo arrendado que no sea ambulancia	¿Se usó este vehículo para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? Sí (1), No (0)	¿Qué tipo de vehículo es? (Menú desplegable: Camión de bomberos; Vehículo de rescate en tierra, Vehículo de rescate en agua, Vehículo que responde a emergencias pero no se diseñó para transportar a pacientes (por ejemplo, QRV, "coches de vuelo", coches líderes o vehículos de "carrera corta"), Otro vehículo)	[Si respondió No (0) a la pregunta anterior] ¿Qué era el gasto de arriendo anual por este vehículo?	¿Qué parte de las millas que el vehículo viajó se relacionaba con los servicios de ambulancias terrestres?
Vehículo núm. 1	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	Ingrese cantidad	Ingrese %
Vehículo núm. 2	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	Ingrese cantidad	Ingrese %
Vehículo núm. 3	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	Ingrese cantidad	Ingrese %
Vehículo [x]	<input type="checkbox"/>	Ingrese tipo	Ingrese cantidad	Ingrese %

6. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de costos en vehículos que no sean ambulancias que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

9.3. Otros gastos asociados con vehículos

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

- ¿Qué era el costo total de **matrículas** de todos los vehículos (ambulancias y no ambulancias) que se usaron para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? (Ingrese cantidad en dólares)
- ¿Qué era el costo total de **licencias** de todos los vehículos (ambulancias y no ambulancias) que se usaron para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? (Ingrese cantidad en dólares)
- ¿Qué era el costo total del **seguro** de todos los vehículos (ambulancias y no ambulancias) que se usaron para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según

corresponda]? [Instrucción adicional si Servicios compartidos = Sí: Si otra entidad paga el costo del seguro para los vehículos usados en respuestas de ambulancias terrestres, favor de anotar el costo para los vehículos usados por su organización.] (Ingrese cantidad en dólares)

4. ¿Qué era el costo total del **mantenimiento** de todos los vehículos (ambulancias y no ambulancias) que se usaron para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? No incluya costos de mano de obra propia que se incluyeron en la sección de mano de obra o cualquier servicio o contrato externo (se le pedirá que informe sobre éstos más luego). (Ingrese cantidad en dólares)
 - a. Favor de informar la parte de los costos de mantenimiento atribuible a: **[Pregunte solamente si Sección 9.2, Pregunta 1=Sí] [Rellene automáticamente según respuestas en Sección 9.2, Pregunta 5]**
 - i. Ambulancias terrestres: (Ingrese por ciento)
 - ii. Camiones de bomberos: (Ingrese por ciento)
 - iii. Vehículos de rescate en la tierra: (Ingrese por ciento)
 - iv. Vehículos de rescate en el agua: (Ingrese por ciento)
 - v. Otros vehículos que responden a emergencias (pero no se diseñaron para transportar a pacientes): (Ingrese por ciento)
 - vi. Otros vehículos: (Ingrese por ciento)
5. ¿Qué era el costo total del **combustible** de todos los vehículos que se usaron para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar en operaciones de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? **[Instrucción adicional si Servicios compartidos = Sí: "Si otra entidad paga el costo del combustible para los vehículos usados en respuestas de ambulancias terrestres, favor de anotar el costo para los vehículos usados por su organización".]** (Ingrese cantidad en dólares)
 - a. Favor de informar la parte de los costos del combustible atribuible a: **[Pregunte solamente si Sección 9.2, Pregunta 1=Sí] [Rellene automáticamente según respuestas en Sección 9.2, Pregunta 5]**
 - i. Ambulancias terrestres: (Ingrese por ciento)
 - ii. Camiones de bomberos: (Ingrese por ciento)
 - iii. Vehículos de rescate en la tierra: (Ingrese por ciento)
 - iv. Vehículos de rescate en el agua: (Ingrese por ciento)
 - v. Otros vehículos que responden a emergencias (pero no se diseñaron para transportar a pacientes): (Ingrese por ciento)
 - vi. Otros vehículos: (Ingrese por ciento)
6. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de costos en matrículas, licencias, seguro, mantenimiento y combustible que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

10 Gastos en equipo, artículos de consumo y suministros

Esta sección pregunta sobre costos de equipo, artículos de consumo y suministros.

- Favor de usar las guías de su organización para clasificar los bienes como gastos de capital o gastos operativos e informar gastos de depreciación anuales, si corresponda.
- Para bienes de capital y equipo médico y no médico arrendados, el costo anual es igual a los gastos anuales de arriendo por este equipo.
- Para todas las categorías de costos en esta sección: Si tiene una relación continua con una organización que paga este costo en nombre de su organización, informe el costo aquí. De lo contrario, no incluya costos para artículos donados.
- Si informa una cantidad específica de sus operaciones de ambulancias terrestres, informe 100% en la segunda columna. Si informa una cantidad que refleja los costos de sus operaciones de ambulancias terrestres y otras operaciones – por ejemplo, bomberos, policía u operaciones de proveedores de Medicare – informe la parte del total informado asociado con las operaciones de ambulancias terrestres de su organización.
- **[Si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia: "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."]**
- **[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).] No incluya ningún "equipo de oficina central" que sirve múltiples NPI, salvo cuando se solicita específicamente esa información (Sección 10.2, Pregunta 4).**

10.1. Equipo/suministros médicos

1. Favor de informar lo siguiente para todo el **equipo médico de capital** que su organización usó completa o parcialmente para los servicios de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Equipo médico de capital se refiere a equipo apto para uso repetido; incluye, entre otras cosas, desfibriladores, ventiladores, monitores y elevadores hidráulicos.
 - a. ¿Su organización calcula gastos de depreciación por alguno o todo su equipo médico de capital durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Sí (1), No (0)
 - i. **[Si respondió Sí (1) en Pregunta 1a]** ¿Qué fue el total de gastos anuales de depreciación para el equipo médico? Si su organización calcula gastos de depreciación para varios fines (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales vs. Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP) para fines de auditoría estándar), favor de informar el gasto de depreciación que se capturó para fines de auditoría estándar. La mayoría de las organizaciones amortiza los costos durante la vida del artículo (Ingrese cantidad).
 - ii. ¿Cuánto se gastó para comprar equipo médico de capital durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**?

Solo informe costos de compras de equipo durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** **[Si respondió Sí en la Pregunta 1a]** y para las que no informó un gasto de depreciación en Pregunta 1.a.i.

- iii. Si corresponde, ¿qué eran sus gastos relacionados con el alquiler y/o pagos de interés en relación al equipo médico de capital?
 - b. Mantenimiento, certificación o costos de servicio (**no** incluya ningún costo que haya incluido en otra parte del instrumento): (Ingrese cantidad)
 - c. **[Si Servicios compartidos = Sí:]** ¿Qué porcentaje de **gastos en equipo médico de capital** es atribuible a servicios de ambulancia terrestre durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]? Informe 100 por ciento si todos los gastos en equipo médico de capital estuvieron relacionados con servicios de ambulancia terrestre. Informe menos de 100 por ciento si algunos gastos en equipo médico de capital se relacionaba con ambulancias terrestres y también con otros propósitos (por ejemplo, ambulancia aérea, usos de hospital). (Ingrese el porcentaje)
2. ¿Tenía su organización costos asociados con **medicamentos** comprados para servicios de ambulancias terrestres durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Sí (1), No (0)
- [Si respondió Sí (1), conteste la Pregunta 2a] [Si respondió No (0), salte a la Pregunta 2b]**
- a. **[Si respondió Sí (1):]** ¿Puede informar estos costos por separado de otros suministros y artículos de consumo médicos? Sí (1), No (0)
- [Si respondió Sí (1), conteste la Pregunta 2.a.i]**
[Si respondió No (0):] Muestre advertencia: Incluya el costo de medicamentos con otros costos de equipo, suministros y artículos de consumo médicos." **Luego, salte a la Pregunta 3.]**
- i. **[Si respondió Sí (1):]** ¿Qué era el costo total anual de uniformes que su organización compró durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** para servicios de ambulancia terrestre? No incluya donativos en especie. (Ingrese cantidad en dólares)
 - b. **[Si Respuesta en Sección 10.1, Pregunta 2 es No (0):]** Favor de seleccionar todas las razones por las que no había costos asociados para medicamentos durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**:
 - i. **[No muestre si Sección 2, Pregunta 7 = d]** Los medicamentos son suministrados por un hospital o hospitales. Sí (1), No (0)
 - ii. Otra entidad paga los costos (por ejemplo, municipio local). Sí (1), No (0)
 - iii. Los medicamentos fueron donados o proporcionados en especie. Sí (1), No (0)
 - iv. No guardamos medicamentos en nuestras ambulancias terrestres. Sí (1), No (0)

3. ¿Cuánto era el costo total de todo otro **equipo, suministros y artículos de consumo médicos** (por ejemplo, vendas, gasa, lavamanos, oxígeno, agua estéril, estetoscopios, esfigmomanómetros, suministros intravenosos) que su organización compró durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Incluya todo equipo, suministro y artículo de consumo médico que no se informó en las secciones más arriba de gastos de capital en equipo/suministros médicos y medicamentos. (Ingrese cantidad en dólares)
 - a. **[Si Servicios compartidos = Sí:]** ¿Qué porcentaje de los **gastos en suministros no médicos** es atribuible a servicios de ambulancia terrestre durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Informe 100 por ciento si todos los gastos en equipo, suministros y artículos de consumo médicos estuvieron relacionados con servicios de ambulancia terrestre. Informe menos de 100 por ciento si algunos gastos en equipo, suministros y artículos de consumo médicos se relacionaban con ambulancias terrestres y también con otros propósitos (por ejemplo, ambulancia aérea, usos de hospital). (Ingrese el porcentaje)
4. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** Favor de informar la porción asignada de costos en equipo y suministros médicos que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares).

10.2. Equipo/suministros no médicos

1. Favor de informar lo siguiente para equipo no médico de capital que su organización compró y usó para servicios de ambulancia terrestre durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Equipo no médico de capital se refiere a equipo apto para uso repetido; incluye, entre otras cosas, computadoras, equipo de despacho y muebles.
 - a. ¿Su organización calcula gastos de depreciación por alguno o todo su equipo no médico de capital durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Sí (1), No (0)
 - i. **[Si respondió Sí (1), conteste Pregunta 1a]** ¿Qué fue el total de gastos anuales de depreciación para el equipo no médico? Si su organización calcula gastos de depreciación para varios fines (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales vs. Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP) para fines de auditoría estándar), favor de informar el gasto de depreciación que se capturó para fines de auditoría estándar. La mayoría de las organizaciones amortiza los costos durante la vida del artículo (Ingrese cantidad).
 - ii. ¿Cuánto se gastó para comprar equipo no médico de capital durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Solo informe costos de compras de equipo durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según**

- corresponda**] **[Si respondió Sí, conteste Pregunta 1a]** y para las que no informó un gasto de depreciación en Pregunta 1.a.i.
- iii. Si corresponde, ¿qué eran sus gastos relacionados con el alquiler y/o pagos de interés en relación al equipo médico de capital?
 - b. Mantenimiento, certificación o costos de servicio (**no** incluya ningún costo que haya incluido en otra parte del instrumento): (Ingrese cantidad)
 - c. **[Si Servicios compartidos = Sí:]** ¿Qué porcentaje de gastos en equipo no médico es atribuible a servicios de ambulancia terrestre durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Informe el 100 por ciento si todos los gastos en equipo no médico de capital estuvieron relacionados con servicios de ambulancia terrestre solamente. Informe menos del 100 por ciento si algunos gastos en equipo no médico de capital se relacionaban con ambulancias terrestres y también con otros propósitos (por ejemplo, ambulancia aérea, usos de hospital). (Ingrese el porcentaje)
 2. ¿Qué era el costo total anual de uniformes que su organización compró durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** para servicios de ambulancia terrestre? (Ingrese cantidad en dólares)
 - a. **[Si Servicios compartidos = Sí:]** ¿Qué porcentaje de los **gastos en uniformes** es atribuible a servicios de ambulancia terrestre durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese el porcentaje)
 3. ¿Qué fue el costo total de otros suministros no médicos (por ejemplo, papel, suministros de oficina, franqueo) que su organización compró durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? (Ingrese cantidad en dólares)
 - a. **[Si Servicios compartidos = Sí:]** ¿Qué porcentaje de los **gastos en suministros no médicos** es atribuible a servicios de ambulancia terrestre durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**? Informe el 100 por ciento si todos los gastos en suministros no médicos se relacionaban solamente con servicios de ambulancia terrestre. Informe menos del 100 por ciento si algunos gastos en suministros no médicos se relacionaban con ambulancias terrestres y también con otros propósitos (por ejemplo, ambulancia aérea, usos de hospital). (Ingrese el porcentaje)
 4. **[Pregunte solamente si Sección, Pregunta 2 es Sí (1):]** Favor de informar la porción asignada de **gastos en equipo y suministros no médicos** que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

11 Otros gastos

Esta sección pregunta sobre los costos adicionales durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]** no cubiertos en secciones anteriores y que se relacionan directamente al apoyo de los servicios de

ambulancias de su organización. Incluya solamente costos que **no** fueron cubiertos anteriormente en este instrumento.

Por lo general, si informa una cantidad específica de sus **operaciones de ambulancias terrestres**, informe 100% en la segunda columna. Si informa una cantidad que refleja los costos de sus operaciones de ambulancias terrestres y otras operaciones – por ejemplo, bomberos, policía u operaciones de proveedores de Medicare – informe la parte del total informado asociado con las **operaciones de ambulancias terrestres de su organización**. **[Si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."]** **[Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1).]** No incluya ningún otro costo "de oficina central" que corresponde a múltiples NPI, salvo cuando se solicita específicamente esa información (Pregunta 5).

1. Favor de informar los costos que su organización incurrió en **servicios contratados externos** por los que pagó una tarifa (incluyendo mano de obra, suministros, etc.) que no se informaron en otra parte del instrumento, tal como una tarifa de servicio de despacho/centro de llamadas, para apoyar sus servicios de ambulancias terrestres. ¿Utilizó su organización alguno de los siguientes servicios **contratados** durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**?

Favor de seleccionar todos los que correspondan e indicar el costo total de cada servicio contratado externo y, si corresponde, el porcentaje del costo atribuible a los servicios de ambulancias terrestres. **No incluya ningún costo que ya se informó en otra parte del instrumento.**

Tipo	Servicio contratado durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]	[Si se selecciona] Costo total del servicio	[Si Servicios compartidos = Sí:] Porcentaje del costo atribuible a los servicios de ambulancias terrestres
Servicio de facturación	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Servicio de contabilidad	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Servicio de mantenimiento/repación de vehículos	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Servicio de despacho/centro de llamadas	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Servicios de mantenimiento de instalaciones	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Servicio de apoyo informático	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Mano de obra del personal de EMT/Respuesta	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje

2. **[Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1):]** Favor de informar la porción asignada de estos servicios que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)
3. Favor de indicar si su organización incurrió alguno de los siguientes gastos durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Estos gastos deben ser parcial o totalmente relacionados con el apoyo de los servicios de ambulancias terrestres de su organización. **No incluya ningún costo que ya se informó en otra parte del instrumento.**

[Nota: Se presentará lo siguiente a todos los encuestados.]

Categoría	Respuesta
Gastos médicos o relacionados con ambulancias	
Tarifas por el recogido de residuos de peligro biológico y medicamentos	Sí (1), No (0)
Tarifa a médico(s) para supervisar los paramédicos y proveer servicios de control de calidad (excluyendo mano de obra del director médico si ya se incluyó en la Pregunta 1 arriba o en la sección de mano de obra).	Sí (1), No (0)
Lavandería	Sí (1), No (0)
Gastos administrativos y generales	
Viajes que no fueran para capacitación (incluyendo alojamiento, transporte, pagos diarios y otros costos relacionados con viajes)	Sí (1), No (0)
Cuotas de la organización, suscripciones	Sí (1), No (0)
Subsidios pagados a otras organizaciones (por ejemplo, departamento de bomberos, centro de despacho)	Sí (1), No (0)

Categoría	Respuesta
Fondos pagados a otras organizaciones de ambulancias por servicios (por ejemplo, personal de paramédicos para transportes de BLS) No incluya costos de mano de obra propia que se incluyeron en la sección de mano de obra o cualquier servicio externo o servicio contratado que ya se informaron.	Sí (1), No (0)
Fondos pagados a otras organizaciones no transportadoras por servicios (por ejemplo, personal médico para transportes, respuestas a llamadas)	Sí (1), No (0)
Asignación de gastos generales de la organización matriz/oficina central	Sí (1), No (0)
Gastos de la Junta Directiva / de Administradores	Sí (1), No (0)
Publicidad, incluyendo cualquier tipo de publicidad (incluso para reclutamiento) en cualquier medio (impreso, radio, internet, etc.)	Sí (1), No (0)
Costos de eventos / reuniones (incluidas las comidas)	Sí (1), No (0)
Tarifas/costos administrativos misceláneos que no se informaron en Sección 10.2 o Sección 3 (teléfono, servicios de basura y trituración, costos de impresión y copias)	Sí (1), No (0)
Software informático, tasas de licencias (excluyendo los costos incluidos en la tarifa de servicio informático en una sección anterior)	Sí (1), No (0)
Costos de capacitación y educación continua (por ejemplo, costos de materiales, viajes, tarifas de capacitación y mano de obra). No incluya ningún costo en mano de obra asociado con capacitación que ya fue cubierto por los costos de mano de obra estándar.	Sí (1), No (0)
Interés pagado	Sí (1), No (0)
Exámenes físicos y evaluaciones médicas	Sí (1), No (0)
Gastos de reclutamiento (no incluya gastos de publicidad informados en elementos anteriores)	Sí (1), No (0)
Tarifas de auditoría, tarifas legales y otras tarifas profesionales	Sí (1), No (0)
Tarifas, Multas e Impuestos	
Tarifas del servicio de 911	Sí (1), No (0)
Tarifas de peajes en autopista	Sí (1), No (0)
Tarifas pagadas a jurisdicciones locales que se exigen como condición de provisión de servicio de ambulancia terrestre (por ejemplo, cuotas de franquicia)	Sí (1), No (0)
Tarifas por cumplimiento reglamentario o acreditación (costo anual por año)	Sí (1), No (0)
Inscripción del negocio y tarifas correspondientes	Sí (1), No (0)
Licencias	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 accidente del trabajo (solamente si no se informó en la Sección de mano de obra arriba)	Sí (1), No (0)

Seguro general (excluyendo seguro para instalaciones o seguros informados en otras secciones)	Sí (1), No (0)
Cualquier otro gasto que no se informó en otra parte del instrumento	Sí (1), No (0)

[Rellene otros gastos según cuadro de fuente con base en respuestas de "Sí (1)" en la pregunta anterior.]

4. Favor de informar los gastos totales por fuente para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda].

Fuente	Gastos totales	¿Qué % de Gastos son Atribuibles a los Servicios de Ambulancias Terrestres?
Fuente 1	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Fuente 2	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Fuente 3	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Fuente [x]	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje

5. [Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1):] Favor de informar la porción asignada de costos misceláneos que se incurrió a nivel de la organización matriz/oficina central de este NPI, con base en cómo su organización asigna costos a NPI específicos. (Ingrese cantidad en dólares)

12 Gastos totales

1. Favor de proveer los gastos totales de su NPI para el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]. Los gastos totales informados aquí deben incluir todos los costos de operación y capital (incluyendo costos por servicios no relacionados con servicios de ambulancias terrestres). [Incluya solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1):] Si corresponde, incluya una porción asignada de los costos de su organización matriz (o "oficina central") cuando informa los costos totales en esta pregunta. (Ingrese cantidad)

13 Ingresos

Esta sección pregunta sobre las fuentes de ingresos de ambulancias terrestres de su organización. Podría tener que recopilar información de una compañía de facturación o de su municipio para informar sobre esta información. No incluya cantidades facturadas que no se han recibido. [Pregunte solamente si Sección 2, Pregunta 2 (múltiples NPI) es Sí (1):] Favor de informar los ingresos solamente para el NPI encuestado y no para toda su organización matriz. [Si Sección 2, Pregunta 13 es Sí (1), muestre la siguiente advertencia "No incluya servicios de ambulancia aérea al responder las siguientes preguntas."]

1. Favor de informar los ingresos totales de todas las fuentes que su organización recibió durante el año natural de 202X [o rellene con año

fiscal, según corresponda]. Incluya ingresos de servicios no relacionados con servicios de ambulancias terrestres. (Ingrese cantidad en dólares)

2. ¿Puede informar los ingresos de transportes en ambulancias terrestres de categorías de pagadores médicos individuales (por ejemplo, Medicare, Medicaid, seguros comerciales)? Sí (1), No (0)
 - a. **[Si respondió Sí (1), proceda a pregunta 3.]**
 - b. **[Si respondió No (0):]** Favor de informar los ingresos aproximados de los transportes en ambulancias terrestres de todos los pagadores combinados. (Ingrese cantidad en dólares)
3. **[Si Sección 13, Pregunta 2 es Sí (1):]** Favor de indicar si su organización recibió ingresos por transportes pagados en ambulancias terrestres de los siguientes pagadores durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Favor de informar sobre ingresos de servicios apartes de transportes en ambulancias terrestres (por ejemplo, pagos por tratamiento en el lugar cuando no prestó ningún transporte) en Sección 13, Pregunta 5, si fuera posible. Si no puede separar los ingresos de transportes y otros servicios de un pagador determinado, puede informar los ingresos totales de todos los servicios médicos en este elemento.

Fuente de Ingresos de Transportes Pagados en Ambulancias Terrestres	¿Recibió ingresos durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda]?	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] Ingresos totales	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] Indique si se incluyó el costo compartido (es decir, la cantidad por un transporte que se factura al paciente con este seguro)
Medicare tradicional (tarifa por servicio)	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Medicare Advantage (también conocido como Atención Administrada de Medicare)	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Medicaid tradicional (tarifa por servicio)	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Atención administrada de Medicaid	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)

TRICARE	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Administración de Salud de Veteranos	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Seguros comerciales	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Seguro de accidentes de trabajo	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Sí (1), No (0)
Pago del paciente mismo (pago en efectivo y la cantidad que pacientes pagaron en deducibles, coseguro y otros costos compartidos, si no se informó en el renglón arriba).	Sí (1), No (0)	Ingrese cantidad en dólares	-

4. ¿Con qué frecuencia facturó su organización a los siguientes tipos de pagadores por la cantidad adeudada durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**?

Tipo de seguro	Frecuencia de facturación
Medicare tradicional (tarifa por servicio)	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Medicare Advantage (también conocido como Atención Administrada de Medicare)	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Medicaid tradicional (tarifa por servicio)	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Atención administrada de Medicaid	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
TRICARE	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Administración de Salud de Veteranos	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Seguros comerciales	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Seguro de accidentes de trabajo	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)
Pago del paciente mismo (cantidad que los pacientes pagan en deducibles, coseguro, etc.)	Nunca (0), A veces (1), Usualmente (2), Siempre (3), N/A – ningún paciente transportado (4)

- Favor de indicar si su organización recibió ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes durante el año natural de 202X **[o rellene con año fiscal, según corresponda]**. Incluya solamente ingresos total o parcialmente relacionados con servicios de ambulancias terrestres. Si informa una cantidad específica de sus **operaciones de ambulancias terrestres**, informe 100% en la segunda columna. Si informa una cantidad que refleja los ingresos de sus operaciones de ambulancias terrestres y otras operaciones – por ejemplo, bomberos, policía u operaciones de proveedores de Medicare – informe la parte del total informado asociado con las **operaciones de ambulancias terrestres de su organización**.

Fuente de Ingresos	Recibió ingresos de una categoría durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] ?	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] Ingresos totales	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] ¿Qué % de los ingresos era atribuible a servicios de ambulancias terrestres?
Contratos de instalaciones (por ejemplo, hospitales, asilos de ancianos, cárceles, negocios)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje

Fuente de Ingresos	Recibió ingresos de una categoría durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] ?	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] Ingresos totales	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] ¿Qué % de los ingresos era atribuible a servicios de ambulancias terrestres?
Ingresos de pagadores por servicios de EMS/médicos que no fueran transportes y excluyendo contratos de instalaciones que se informaron arriba.	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Ingresos para servicios de ambulancia subcontratados	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
[Si Sección 5, Pregunta 7 es Sí (1):] Tarifas por eventos de guardia	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Cuotas de membresía para una asociación que cobra cuotas a los participantes a cambio de servicios de ambulancia	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Donativos caritativos (por ejemplo, fundaciones y donantes individuales) excluyendo vehículos o cualquier costo compensado que se informaron en otra parte del instrumento	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Programas de préstamos ejecutivos (por ejemplo, director ejecutivo, desarrollo empresarial, etc.)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Inversiones relacionadas con programas (por ejemplo, inversión pública-privada)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Impuestos locales asignados para servicios de EMS	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje

Ingresos de contrato de gobiernos locales a cambio de los servicios	Sí (1) / No (0)	Ingreso cantidad en dólares	Ingreso porcentaje
Fondos de empresa y tasas de servicios públicos	Sí (1) / No (0)	Ingreso cantidad en dólares	Ingreso porcentaje
Venta de bienes y servicios	Sí (1) / No (0)	Ingreso cantidad en dólares	Ingreso porcentaje
Financiación con bonos o deuda	Sí (1) / No (0)	Ingreso cantidad en dólares	Ingreso porcentaje

Fuente de Ingresos	Recibió ingresos de una categoría durante el año natural de 202X [o rellene con año fiscal, según corresponda] ?	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] Ingresos totales	[Si Sí (1) para recibió ingresos de categoría] ¿Qué % de los ingresos era atribuible a servicios de ambulancias terrestres?
Donativos estatales o locales de vehículos y equipo duradero sobrantes	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Otros donativos excluyendo mano de obra, instalaciones, vehículos, equipo, suministros, medicamentos y otros artículos informados en otra parte del instrumento	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Subvenciones de propósitos especiales (por lo general, estatales)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Subvenciones emparejadas (por lo general, estatales)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Asistencia técnica (por ejemplo, capacitación subvencionada)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Subvenciones de demostraciones (federales)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Asignaciones del Congreso	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje
Otro (especifique)	Sí (1) / No (0)	Ingrese cantidad en dólares	Ingrese porcentaje

[Nota: A los encuestados se les permitirá 1) Revisar una copia de sus respuestas finales antes de "Hacer clic para enviar", y 2) imprimir una copia completa con sus respuestas al final.]

Notas de versión

6 de enero de 2022: Esta versión agrega cambios y clarificaciones finalizados en la Regla final sobre la Lista de Honorarios de Médicos del Año natural (CY) 2022 (86 FR 65306-65317, 65561, 65631 y 65669). Los cambios y clarificaciones incluyen:

- Eliminó el uso de la primera persona (por ejemplo, "nosotros") en todo el instrumento para clarificar que este esfuerzo de recopilación de datos es requerido por CMS.
- Clarificó lenguaje en la Sección 2, Pregunta 2 para diferencia más claramente entre una "organización matriz" que opera múltiples NPI y una organización "encuestada" que representa un solo NPI.
- Clarificó en Sección 2, Pregunta 9 que a CMS le interesa si las organizaciones de ambulancias terrestres prestan otros tipos de servicios u operaciones que no se habían notado anteriormente.
- Corrigió error tipográfico en Sección 2, Pregunta 17 que se refirió incorrectamente a "elemento 17" en lugar de "elemento 16".
- Clarificó en Sección 3, Pregunta 2 que CMS pregunta sobre todas las organizaciones de ambulancias terrestres, no solamente los proveedores de ambulancias según la definición de Medicare.
- Clarificó la definición de "tiempo de viaje" para indicar que empieza cuando la organización "empieza su respuesta" en lugar de cuando "se sale de la estación", ya que ambulancias podrían estar en otras ubicaciones distintas de la estación cuando empiezan la respuesta a una llamada en Sección 3, Preguntas 3 y 6.
- Proporcionó orientación adicional sobre cómo las organizaciones pueden definir sus áreas de servicio secundarias en Sección 3, Pregunta 4.
- Clarificó la definición de tiempo de respuesta en Sección 4, Pregunta 1 para empezar "cuando la llamada llega al despacho" a cambio de simplemente "cuando la llamada llega", ya que esta última es ambiguo. Asimismo, Sección 4, Pregunta 2 provee posibles definiciones alternativas del tiempo de respuesta, a las que se ha agregado "desde el momento en que la llamada se reenvía del despacho a nuestra organización hasta el momento en que la ambulancia u otro vehículo de EMS esté en el lugar".
- Cambió Sección 4, Pregunta 3c de "¿Qué es el tiempo de respuesta que corresponde a 90 por ciento de sus respuestas en emergencias (es decir, el 90º percentil del tiempo de respuesta en emergencias de su organización) en su área de servicio primaria? (Ingrese los minutos)" a "¿Qué es su mejor estimado de la proporción de respuestas que toman más del doble del tiempo de respuesta promedio, según informó en la pregunta anterior? (Ingrese el porcentaje)", ya que varias organizaciones indicaron que tenían dificultades para interpretar la pregunta.
- Proporcionó orientación adicional a la definición de un "Transporte pagado en ambulancia terrestre" en las instrucciones de Sección 5 y en Pregunta 7 para indicar que el transporte debe ocurrir durante el período para la recopilación de datos y ser pagado parcial o totalmente antes del momento en que los datos son informados a CMS.
- Clarificó en Sección 5, Pregunta 3a que las organizaciones podrán informar estimados del porcentaje del total de respuestas en ambulancias terrestres que

incluyen una agencia no transportadora y del porcentaje de transportes en los que la agencia no transportadora continúa prestando atención médica en la ambulancia durante el transporte, ya que algunas organizaciones indicaron que no podrían proporcionar porcentajes precisos para estas preguntas.

- Modificó el informe de mano de obra en Sección 7 para preguntar por separado sobre las horas relacionadas con "responsabilidades de ambulancias terrestres", "operaciones de bomberos, policía y/u otras operaciones de seguridad pública" y "toda otra responsabilidad".
- Agregó varias preguntas para permitir que organizaciones de múltiples NPI informen una parte asignada de los costos incurridos a nivel de las organizaciones matrices (Sección 7.1 Pregunta 2, Sección 7.3 Pregunta 7, Sección 9.2 Pregunta 6, Sección 10.1 Pregunta 4)
- Clarificó en Sección 7 las instrucciones que personal voluntario de EMT/respuesta será informado en una sección "posterior" en lugar de una sección "diferente".
- En las instrucciones de Sección 7, agregó "impuestos de nómina del empleador" como un costo permitido que se puede informar en "Compensación Anual Total".
- Clarificó en Sección 7.2, Pregunta 3 que los gastos asociados con personal que se informaron en preguntas anteriores no deben ser incluidos aquí.
- Preciso en Sección 7.3, Pregunta 4 que las horas voluntarias del director médico no deben incluirse aquí.
- Actualizó el texto de las instrucciones y la pregunta en Secciones 8, 9 y 10 para clarificar cuándo y cómo las organizaciones deben informar gastos anuales para instalaciones, vehículos y suministros y equipo en casos en que las organizaciones calculan y no calculan gastos de depreciación anuales.
- Arregló un error tipográfico en las instrucciones de Sección 10 para cambiar "operación" a "operativos".
- Agregó clarificación en Sección 12 que organizaciones de múltiples NPI deben incluir una parte asignada de los costos de la organización matriz cuando informan sus costos totales.
- Preciso en Sección 13, Pregunta 3 que el pago del paciente mismo debe incluir pago en efectivo y la cantidad que pacientes pagaron en deducibles, coseguro y otros costos compartidos, si no se informó en otra parte.

31 de julio de 2020: Esta versión agrega instrucciones de clarificación adicionales en varias secciones, agrega clarificación técnica y editorial al texto de los elementos y actualiza varias notas de programación. Las actualizaciones y clarificaciones incluyen:

- El instrumento imprimible ahora refleja que información sobre los períodos de recopilación de datos de 12 meses de las organizaciones serán rellenos previamente, en lugar de rellenos por los encuestados.
- Agregó clarificación a la pregunta que se factura a Medicare si se usa un NPI para facturar por servicios de ambulancias terrestres durante el período de recopilación de datos.
- Ya que el comienzo del período de recopilación de datos de 12 meses de cada organización será relleno previamente en el instrumento programado, el instrumento programado no pedirá a los encuestados que informen esta fecha. Notas de programación se han actualizado en todas partes del instrumento para

reflejar este cambio.

- Clarificó que las organizaciones generalmente pueden usar sus prácticas de contabilidad actuales cuando recopilan e informan la información.
- Varias notas adicionales fueron agregadas para describir las funciones previstas del instrumento programado.
- La definición de respuestas en emergencias fue ampliada y clarificada en Sección 6.
- Las instrucciones sobre tiempo libre pagado y no pagado fueron clarificadas en Sección 7.
- Un renglón sobre conductores de ambulancias (no EMT/EMR) con función de seguridad pública que fue omitido por error ha sido agregado en cuadros de Secciones 7.2 y 7.3.
- Preguntas relacionadas con voluntarios de administración/instalaciones ahora permiten informes por parte de personal de seguridad pública y de no seguridad pública, tal como se prevé e indica en las instrucciones.
- Agregó instrucciones de clarificación que indican que las organizaciones que usan la base de efectivo para fines de contabilidad o que no capitalizan los edificios no deben informar depreciación.
- Cuadros de Sección 9 fueron transpuestos para ser coherentes con otros cuadros en el resto del instrumento.
- Un renglón que confirma que vehículos arrendados que no sean ambulancias se usaron para responder a llamadas para ambulancias o para apoyar operaciones de ambulancias terrestres que se omitió por error fue agregado en Sección 9.2.
- Sección 11, Pregunta 1 ahora incluye un renglón dedicado para informar sobre mano de obra de EMT/respuesta y otra mano de obra (que anteriormente se hubiera informado en Sección 11, Pregunta 3).
- Varios elementos de Sección 11, Pregunta 3 fueron reorganizados para claridad.
- Se clarificaron las instrucciones de Sección 13.
- Sección 13, Pregunta 3 fue clarificada para pedir a los encuestados que informen ingresos relacionados con servicios médicos de no transporte en Sección 13, Pregunta 5, si fuera posible, y en Sección 13, Pregunta 3 si no fuera posible.
- Sección 13, Pregunta 4 incluye una respuesta opcional de "no aplica" para organizaciones de ambulancias terrestres que no transportan a pacientes con determinados tipos de cobertura.

4 de diciembre de 2019: Esta versión agrega instrucciones de clarificación en varias secciones, agrega clarificación técnica y editorial al texto de los elementos y actualiza varias notas de programación. Las actualizaciones y clarificaciones incluyen:

- Terminología estandarizada. Por ejemplo, el instrumento ahora usa regularmente el término "gastos de depreciación anuales" cuando se usaban varios términos anteriormente para referirse al mismo costo.
- Agregó orientación sobre gastos de depreciación en varios lugares:
"Si su organización calcula gastos de depreciación para varios fines (por ejemplo, depreciación para fines de incentivos fiscales vs. Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP) para fines de auditoría estándar), favor de informar el gasto de depreciación que se capturó para fines de auditoría estándar".
- Clarificó instrucciones sobre cómo informar costos asignados de instalaciones, otros costos e ingresos. Anteriormente, no quedaba claro si proveedores de

Medicare, por ejemplo, tendrían que informar sobre *todo* el equipo médico de capital o si se pudiera informar una cantidad específica correspondiente a ambulancias terrestres. Las instrucciones han sido clarificadas y ahora dicen:

"Si informa una cantidad específica de sus operaciones de ambulancias terrestres, informe 100% en la segunda columna. Si informa una cantidad que refleja los costos de sus operaciones de ambulancias terrestres y otras operaciones – por ejemplo, bomberos, policía u operaciones de proveedores de Medicare – informe la parte del total informado asociado con las operaciones de ambulancias terrestres de su organización".

- Clarificó instrucción sobre cómo se debe informar sobre el personal remunerado que también prestaba servicio voluntario.
- Clarificó cómo se debe informar sobre las horas de mano de obra del personal con responsabilidades de bomberos, policía y otras responsabilidades de seguridad pública al informar esta información en renglones en los cuadros de Sección 7, y no en las columnas. Sección 7, Pregunta 1 incluye columnas para personal con funciones de bomberos, policía y otras funciones de seguridad pública para determinar si estos renglones deben ser presentados al encuestado.
- Clarificó que solo se debe incluir al personal en las categorías de bomberos, policías y otras de seguridad pública si su función de bombero, policía u otra función de seguridad pública se realiza con la organización del encuestado.
- Clarificó varias definiciones e instrucciones, por ejemplo, agregó los códigos HCPCS en Sección 6.
- Corrigió "millas náuticas" para decir "millas legales" en las preguntas sobre ambulancias de agua.
- Corrigió una columna omitida de un cuadro que pregunta sobre un factor de asignación de ambulancias terrestres para ciertos costos de instalaciones.
- Corrigió un renglón de cuadro omitido que solicita la parte de millas de vehículos relacionada con servicios de ambulancias terrestres.
- Clarificó y actualizó las notas de programación en todo el instrumento.