

## TUS DERECHOS

- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- A que le expliquemos la información sobre los servicios que brindamos de una forma que pueda comprender fácilmente y de manera oportuna, para apoyarlo en la toma de decisiones.
- Recibir servicios independientemente de su raza, creencia religiosa, estado civil, origen nacional, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, discapacidad, edad, información genética o estado de veterano, o cualquier otra clase protegida.
- A participar y recibir los servicios y apoyos que tienen sentido para usted. Tiene derecho a consentir o rechazar servicios o servicios concurrentes, a menos que tenga un guardián.
- A tener información con respecto al equipo de servicio que trabajará con usted.
- A estar libre de abuso, negligencia, humillación o cualquier tipo de explotación o represalia.
- Para recibir una copia de los T.I.P.S. (Pensamientos, mejoras, problemas y soluciones) Formulario de comentarios y asistencia para completar ese formulario si lo necesita o lo desea y para que sus sugerencias o quejas sean respondidas de manera justa sin castigo ni represalias por preguntar.
- A conocer las reglas, servicios y apoyos de Preferred Family Healthcare.
- Tener acceso oportuno a sus registros e información sobre usted. Los servicios que le proporcionamos, a ser confidenciales y privados. Tiene derecho a autorizar quién tiene acceso a sus registros.
- Para rechazar la participación en cualquier investigación, o si está involucrado en una investigación, tiene derecho a que esos proyectos se adhieran a las pautas y la ética pertinentes.
- Para acceder o recibir una remisión a asesoría legal o representación adecuada y a servicios de autoayuda o defensa.
- Solicitar investigación y resolución si cree que no se están respetando sus derechos.
- Los mismos derechos y responsabilidades legales que cualquier ciudadano, a menos que tenga un tutor o los derechos estén legalmente restringidos.
- PFH no discriminará en la prestación de servicios a una persona debido a su incapacidad de pago y no discriminará en la prestación de servicios a una persona ya sea que el pago de esos servicios se realice bajo Medicare, Medicaid o CHIP.

## ¿CÓMO PIDES EL CAMBIO?

1. Hable con su personal y solicite lo que quiere. Puede solicitar asistencia de un defensor para ayudar a comunicar los cambios que desea.
2. Usa los T.I.P.S. (Pensamientos, Mejoras, Problemas y Soluciones) Formulario de Comentarios para identificar los cambios que desea. Entregue ese formulario a su equipo de servicio o ingréselo directamente en línea en: [members.pfh.org/qm/feedback/form.php](https://members.pfh.org/qm/feedback/form.php). Si necesita ayuda para completar el formulario, se le brindará ayuda.
3. Cuando solicite un cambio, su equipo de servicio intentará encontrar la manera de realizar los cambios que desea. Si esto no es posible, explicarán el por qué. Si no está satisfecho con la respuesta que recibe, puede presentar una apelación.
4. Para apelar su Solicitud, comuníquese con el Director en su área local.
5. Si siente que se han violado sus derechos y/o desea presentar una denuncia formal, comuníquese con:

**Línea Directa Confidencial:**

1-833-573-2640  
[hotline.ethicspoint.com](https://hotline.ethicspoint.com)



**Correo electrónico:**

[corporatecompliance@pfh.org](mailto:corporatecompliance@pfh.org)

**Correo postal :**

PFH Corporate Compliance  
1111 S. Glenstone Ave.  
Springfield, MO 65804



*Preferred Family Healthcare es una organización dinámica y solidaria comprometida a proporcionar atención integrada para ayudar a las personas a lograr la salud y el bienestar general.*