投诉表

请以正楷清晰填写本表格的各个部分，然后邮寄到以下地址：

Office of Professional Medical Conduct
Central Intake Unit
Riverview Center
150 Broadway- Suite 355
Albany, NY 12204-2719

（本表格必须包含您的原始签名）

根据《纽约州公共卫生法》(New York State Public Health Law) 第 230(10)(a)(v) 节和第 230(11)(a) 节，所有关于不当行为的举报均保密且不得公开。 任何真诚、无恶意地向职业医疗行为委员会 (Board for Professional MedicalConduct) 举报或提供信息的人员，均不会因按照第 230(11)(b) 节进行举报而被提出民事损害或其他救济方面的起诉。

请先阅读第 4 页的说明，然后完成本表格

本人信息

姓名 _____
姓氏　　名字　　中间名的首字母

地址 _____
门牌号和街道名称　　城市　　州　　邮政编码

电话 (_____) _____–_____　　(_____) _____–_____
日间联系电话号码　　晚间联系电话号码

您对医师或医师助理的投诉

门牌号和街道名称 _____
姓氏　　名字　　中间名的首字母

地址 _____
门牌号和街道名称　　城市　　州　　邮政编码

电话 (_____) _____–_____

患者信息

** 可以在单独的一张纸上另外添加患者姓名。

患者姓名 _____
姓氏　　名字　　中间名的首字母

出生日期 ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ ____
年　　月　　年

投诉详情

尽量全面地描述投诉问题。 请在表格上签名并注明日期。

事发时间？ _____

事发地点？ _____

_____

您是否向其他人提出了投诉？ ☐ 是 ☐ 否

如果选择“是”，请说明是谁：_____

_____

是否有目击者？
可以在单独的一张纸上另外添加目击者姓名。

目击者姓名 _____
姓氏 名字 中间名的首字母

目击者姓名 _____
姓氏 名字 中间名的首字母

说明您投诉的问题

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

说明您投诉的问题

签名

日

投诉表填写说明

要对获得纽约州行医执照的医师（医学博士或验光学博士）、医师助理或专员助理提出投诉，请完成本表格，并将原件邮寄到以下地址：

NYS Department of Health
Office of Professional Medical Conduct
Riverview Center 150 Broadway, Suite 355
Albany, New York 12204-2719

如有关于本表格填写的任何问题，请拨打 (800) 663-6114 或 (518) 402-0836 联系 OPMC。

训练有素的工作人员将审查您提交的信息。OPMC 将对任何可能的失职事宜进行调查。如果您要求其他办公室关注自己的投诉，则您的投诉会被发送至所授权办公室来处理您的问题。

为了便于我们审查您的投诉，请完成以下事项：

- 用墨水笔以正楷清晰填写表格。
- 全面描述您的投诉问题。
- 包含所有目击者的姓名。
- 包含提交投诉所至的其他机构的名字。
- 必要时可增加附页。
- 附上支持文件的复印件。 请勿邮寄原件。
- 在表格上签名并注明日期。