

Mẫu Giấy Khiếu Nại - Ủy Ban Y Tế Tiểu Bang Washington

Tiểu Bang Y Tế có thể làm gì?

Ủy Ban Y Tế chịu trách nhiệm bảo vệ công chúng bằng cách đảm bảo thực hiện các tiêu chuẩn cao về ứng xử nghề nghiệp, giáo dục chuyên môn, huấn luyện và nâng cao trình độ cho các bác sĩ và trợ lý bác sĩ.

Chúng tôi xem xét và điều tra những khiếu nại về bản thân các bác sĩ (MD) và trợ lý bác sĩ (PA). Bất kỳ ai cũng có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi, bao gồm: những người dân, chủ lao động và các nhân viên chăm sóc sức khỏe khác.

Tiểu Bang Y Tế không thể làm gì?

Chúng tôi không thể:

- Điều tra những khiếu nại về bất kỳ ai không phải là bác sĩ hoặc trợ lý bác sĩ được cấp phép. Ví dụ;
 - Các y tá;
 - Các dược sĩ;
 - Các nha sĩ;
 - Các chuyên gia kính mắt;
 - Các nhân viên xã hội;
 - Các bệnh viện;
 - Các phòng mạch hoặc các tổ chức chăm sóc sức khỏe khác;
 - Các cơ sở;
- Bồi thường cho quý vị hoặc giúp quý vị yêu cầu bồi thường đối với những hóa đơn và chi phí đang tranh chấp.
- Tư vấn pháp lý hoặc y tế.

Hướng Dẫn Hoàn Tất Mẫu Giấy Khiếu Nại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Của Quý Vị

Vui lòng hoàn thành tất cả các mục với khả năng tốt nhất. Nếu một mục cụ thể không áp dụng với trường hợp của quý vị, chỉ cần viết "N/A" (không áp dụng) trong ô đó.

1. Bắt buộc điền tên của bác sĩ hoặc trợ lý bác sĩ để xử lý giấy khiếu nại của quý vị, tất cả những thông tin khác là tự nguyện. Chúng tôi có thể gửi thông tin đến các cơ quan chính phủ khác để giúp họ điều tra.
2. Cung cấp họ tên đầy đủ (vui lòng kiểm tra lại chính tả) của bác sĩ hoặc trợ lý bác sĩ mà quý vị muốn khiếu nại. Không thể xử lý khiếu nại nếu không có họ tên đầy đủ của họ. Vui lòng xem cách tìm kiếm chứng chỉ của các nhà cung cấp của Sở Y Tế tại <https://go.usa.gov/xNBq5> để giúp quý vị xác minh chính xác họ tên và số giấy phép hành nghề của họ.
3. Vui lòng hoàn tất và ký **Giấy Cho Phép Tiết Lộ Họ Tên / Danh Tính Của Quý Vị** kèm theo vào gửi cùng với giấy khiếu nại của quý vị.



Tiết Lộ

Vui lòng lưu ý rằng khiếu nại của quý vị lên Ủy Ban Y Tế và bất kỳ giấy tờ kèm theo nào sẽ trở thành hồ sơ công cộng, và được điều chỉnh theo Đạo Luật Hồ Sơ Công Cộng, RCW 42.56. Nếu được yêu cầu, giấy khiếu nại và những giấy tờ kèm theo hoặc bất kỳ văn bản bổ sung nào cho khiếu nại đó có thể được đưa cho người mà quý vị khiếu nại.

Ngày Hôm Nay: _____

Thông Tin Về Quý Vị			
Tôi là:	<input type="checkbox"/> Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Điền báo cáo này thay mặt bệnh nhân <input type="checkbox"/> Người báo cáo bắt buộc		
Quý vị có liên hệ như thế nào với bệnh nhân?			
<input type="checkbox"/> Bản Thân	<input type="checkbox"/> Cha Mẹ	<input type="checkbox"/> Con Cái	<input type="checkbox"/> Vợ Chồng
<input type="checkbox"/> Anh Em Ruột	<input type="checkbox"/> Luật Sư Của Bệnh Nhân	<input type="checkbox"/> Chủ Lao Động	<input type="checkbox"/> Người Lao Động
<input type="checkbox"/> Bạn Bè	<input type="checkbox"/> Đồng Nghiệp	<input type="checkbox"/> Giám Hộ Hợp Pháp	
<input type="checkbox"/> Khác			
Họ Tên			
Địa chỉ Đường phố			
Thành Phố			
Tiểu bang			
Mã Bưu Chính			
Điện thoại: Nhà Riêng			
Điện thoại: Nơi Làm Việc			
Điện thoại: Di động			
E-Mail			
Thông tin Bệnh nhân			
Họ Tên Bệnh nhân			
Ngày sinh			
Ngày xảy ra sự việc			
Địa điểm xảy ra sự việc			
(Các) ngày cung cấp chăm sóc	_____ đến _____		



Thông tin về Bác Sĩ (MD) hoặc Trợ Lý Bác Sĩ (PA)

Tôi muốn nộp giấy khiếu nại bác sĩ có tên bên dưới. Tôi hiểu rằng Ủy Ban Y Tế không hỗ trợ công dân yêu cầu hoàn tiền hoặc những bồi thường cá nhân khác. Tôi gửi thông tin này để Ủy Ban Y Tế có thể xác định có áp dụng hình thức kỷ luật đối với giấy phép hành nghề của bác sĩ này không.

Tôi hiểu rằng việc không cung cấp họ tên của bác sĩ này sẽ làm chậm hoặc cản trở việc xử lý và điều tra khiếu nại của tôi.

Chứng thực bằng cách ký tắt vào đây: _____

Họ Tên Của Bác Sĩ Điều Trị (MD hoặc PA)	
Số Giấy Phép (Nếu Biết)	
Tên của phòng mạch hoặc cơ sở	
Địa chỉ Đường phố	
Thành Phố	
Tiểu bang	
Mã Bưu Chính	
Số Điện Thoại	

Báo Cáo Sự Việc

Đánh dấu vào một ô mô tả rõ nhất bản chất khiếu nại của quý vị.

- | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vi phạm quảng cáo | <input type="checkbox"/> Bất thường trong bệnh án |
| <input type="checkbox"/> Cáo buộc tội phạm | <input type="checkbox"/> Phân biệt đối xử |
| <input type="checkbox"/> Điều trị hoặc xét nghiệm quá mức | <input type="checkbox"/> Không giám sát nhân viên |
| <input type="checkbox"/> Kê toa thuốc không thích hợp | <input type="checkbox"/> Lừa đảo bảo hiểm / lập hóa đơn |
| <input type="checkbox"/> Khuyết tật thể chất hoặc tâm thần | <input type="checkbox"/> Chẩn đoán sai bệnh trạng |
| <input type="checkbox"/> Kê toa/gắn nhãn thuốc sai | <input type="checkbox"/> Bỏ mặc/thờ ơ với bệnh nhân |
| <input type="checkbox"/> Chất lượng chăm sóc | <input type="checkbox"/> Thô lỗ hoặc hành vi cản trở |
| <input type="checkbox"/> Lạm dụng tình dục | <input type="checkbox"/> Lạm dụng chất gây nghiện |
| <input type="checkbox"/> Hành nghề không có giấy phép | |
| <input type="checkbox"/> Khác | |



<p>Vui lòng giải thích lý do khiếu nại. Đính kèm các trang bổ sung nếu cần thiết.</p>	
<p>Quý vị đã trình bày vấn đề của mình với MD/PA chưa?</p>	<p><input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa</p>
<p>Nếu đã trình bày, kết quả là gì?</p>	
<p>Quý vị mong Ủy Ban Y Tế có giải pháp gì?</p>	



Giấy Cho Phép Tiết Lộ Họ Tên / Danh Tính Của Quý Vị

Nếu quý vị là bệnh nhân, nhân viên của tổ chức nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một chuyên gia chăm sóc sức khỏe, danh tính của quý vị được giữ bí mật theo **RCW 43.70.075**, trừ khi quý vị từ bỏ quyền này. Ủy Ban Y Tế không thể điều tra vụ việc mà không tiết lộ danh tính của bệnh nhân hoặc của người khiếu nại.

Bằng việc ký tên vào tài liệu này, quý vị từ bỏ quyền bảo mật và cho phép Ủy Ban Y Tế được:

- Tiết lộ danh tính của quý vị cho bác sĩ mà quý vị đang khiếu nại;
- Tiết lộ danh tính của quý vị cho những người cần thiết hợp lý để điều tra;
- Tiết lộ danh tính của quý vị để sử dụng trong bất kỳ điều trần kỷ luật nào liên quan đến khiếu nại của quý vị.

Chấp Thuận Từ Bỏ Của Quý Vị

Bằng văn bản này tôi từ bỏ quyền bảo mật và đồng ý cho phép tiết lộ danh tính của tôi, cho mục đích duy nhất để điều tra khiếu nại của tôi và tiến hành các thủ tục kỷ luật/xử phạt.

Có Không*

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Họ tên viết chữ in: _____ (Vui lòng bao gồm cả viết tắt tên đệm)

Ngày sinh: _____

Điện Thoại Nhà: _____ Điện Thoại Ban Ngày: _____

* Tôi hiểu rằng việc từ chối này có thể ảnh hưởng đến khả năng của Ủy Ban Y Tế điều tra vụ việc này và bất kỳ hành động kỷ luật nào khác.

Khi quý vị đã hoàn tất mẫu giấy này, vui lòng quét và gửi email đến Medical.complaints@wmc.wa.gov

Nếu quý vị không có email, vui lòng gửi thư thường đến:

WMC Complaint Intake
PO BOX 47866
Olympia, WA 98504

Nếu quý vị gửi kèm bất kỳ tài liệu bổ sung nào với giấy khiếu nại này, thì những tài liệu đã gửi sẽ không được gửi lại cho quý vị. Nếu quý vị cần thêm thông tin về Ủy Ban Y Tế và cách xử lý khiếu nại, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại wmc.wa.gov