

모든 기재란에 명확하게 기재하여 다음 주소로 우편송부하십시오.

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

(서명란에 반드시 서명하십시오)

위법행위에 대한 모든 신고는 뉴욕 주 공중 보건법 섹션 230(10)(a)(v), 230(11)(a)에 따라 기밀이 보장되며 공개되지 않습니다. 어떠한 악의 없이 선의로 전문 의료 행위 위원회(Board for Professional Medical Conduct)에 신고 또는 정보를 제공한 사람은 섹션 230(11)(b)에 따라 신고를 이유로 민사적 피해 또는 기타 구제책을 위한 소송의 대상이 되지 않습니다.

본 양식을 작성하기 전에 4페이지에 지침을 참고하십시오.

신고자 정보

성명 _____
성 이름 중간 이름

주소 _____
주택 번호, 도로명 도시 주 우편번호

전화번호 () - _____
낮시간 전화번호 저녁시간 전화번호

의사나 의사 보조에 대한 신고사항

의사/의사 보조 성명 _____
성 이름 중간 이름

주소 _____
번호 및 거리명 도시 주 우편번호

전화번호 () - _____

환자 정보

** 환자의 성명을 별도의 용지에 추가로 기재할 수 있습니다.

환자 성명 _____
성 이름 중간 이름

생년월일 _____ / _____ / _____
월 일 년도

신고 양식 작성법

뉴욕 주로부터 의료행위에 대한 면허를 받은 의사(M.D. 또는 D.O.), 의사 보조 또는 전문의 보조에 대한 신고를 제출하려면 본 양식을 작성하셔서 원본을 다음 주소로 우편송부하십시오.

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

본 양식 작성에 대한 문의사항은 OPMC (800) 663-6114 또는 (518) 402-0836으로 문의하십시오.

제출하신 정보는 전문 교육을 받은 직원이 검토할 것입니다. OPMC는 직업적 위법행위에 대해 가능한 모든 사항을 조사할 것입니다. 다른 부서의 검토가 필요한 경우, 신고 사항은 해당 문제를 해결할 권한이 있는 부서로 전달될 것입니다.

신고를 내용을 검토하는 데 도움이 될 수 있도록, 다음 사항을 준수하십시오.

- 잉크로 선명하게 기재하십시오.
- 신고 내용을 완벽하게 기술하십시오.
- 증인의 이름을 기재하십시오.
- 신고 제출을 도와준 기타 기관의 이름을 기재하십시오.
- 필요하면 추가 용지를 첨부하십시오.
- 근거 서류의 복사본을 첨부하십시오. 원본은 보내지 마십시오.
- 서명과 날짜를 기재하십시오.