

Scrivere in stampatello in modo chiaro e compilare tutte le sezioni del presente modulo, quindi inviarlo all'indirizzo:

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

(Nel presente modulo deve figurare la firma originale)

Tutte le segnalazioni di cattiva condotta vengono trattate in modo riservato e protette dal rischio di un'eventuale divulgazione in conformità alla Legge sulla sanità pubblica dello Stato di New York, Sezioni 230(10)(a)(v) e 230(11)(a). Chiunque in buona fede e senza malizia provveda a segnalare o fornire informazioni alla Commissione per la disciplina della professione medica (Board for Professional Medical Conduct) non sarà soggetto ad azioni per responsabilità civili o altro provvedimento in conseguenza della segnalazione presentata in conformità alla Sezione 230(11)(b).

Prima di compilare il presente modulo, leggere le istruzioni a pagina 4.

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome _____
Cognome _____ Nome _____ Sec. nome _____

Indirizzo _____
Numero civico e via _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Telefono (____) _____ - _____
Numero in orario diurno _____ Numero in orario serale _____

RECLAMO RELATIVO A UN MEDICO O ASSISTENTE MEDICO

Nome medico/assistente medico _____
Cognome _____ Nome _____ Sec. nome _____

Indirizzo _____
Numero civico e via _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Telefono (____) _____ - _____

INFORMAZIONI SUI PAZIENTI

** È possibile aggiungere ulteriori nominativi di pazienti in un foglio separato.

Nome paziente _____
Cognome _____ Nome _____ Sec. nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____
Mese _____ Giorno _____ Anno _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI RECLAMO

Per presentare un reclamo relativo a un medico (M.D. o D.O. ovvero dottore in medicina o in osteopatia), un assistente medico o assistente specialista abilitato all'esercizio della professione dallo Stato di New York, compilare il presente modulo e inviare la copia originale all'indirizzo:

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

In caso di domande in merito alla compilazione del presente modulo, contattare l'OPMC (Office of Professional Medical Conduct, Ufficio per la disciplina della professione medica) al numero: (800) 663-6114 o (518) 402-0836

Le informazioni inviate verranno analizzate da personale addestrato. L'OPMC provvederà a esaminare tutti i casi di potenziale cattiva condotta professionale. Qualora sia necessario l'intervento di un altro ufficio, il reclamo verrà inoltrato all'ufficio competente per la risoluzione delle problematiche sollevate.

Affinché il reclamo possa essere correttamente esaminato, procedere come segue:

- Scrivere al computer o a penna in stampatello in modo chiaro.
- Fornire una descrizione dettagliata del reclamo.
- Indicare i nomi di eventuali testimoni.
- Indicare i nomi di altre agenzie a cui è stato presentato un reclamo.
- Se necessario, allegare ulteriori pagine.
- Allegare eventuali copie di documenti giustificativi. Non inviare le copie originali.
- Apporre la data e la firma in calce al modulo.