

对医疗卫生专业人员或医疗机构提出投诉

如果医疗卫生专业人员或医疗机构违反专业行为标准，您有权向卫生专业人员执照管理局 (BHPL) 提出投诉。

1. 开始之前

任何人都可以针对持证人提交投诉，供管理局审查。BHPL 建议您通过我们的[在线投诉门户](#)提交投诉。

1. 在投诉说明中，请尽可能具体地提供相关信息，包括地点、日期、持证人姓名、持证人执照编号、证人等。若您要投诉多名个人和/或多家机构，请针对每名个人和/或每家机构分别提交投诉。
2. 提交投诉时，请附上与每项投诉相关的所有医疗记录、往来信函、合同、照片以及任何其他支持材料的副本。**投诉一经提交，您将无法再返回该投诉页面进行修改或补充。**
3. 如果您的投诉涉及您作为患者所接受的治疗，管理局在调查您的投诉时，可能会要求医疗服务提供者提交额外的治疗记录或医疗记录。在线投诉门户包含一份电子授权书，用于授权披露此类记录。
4. 收到您的投诉后，管理局将仔细审查所有可用信息。管理局可能会采取以下行动之一：
 - a. 立案为正式投诉，并推进纪律处分程序。
 - b. 启动由工作人员处理的调查程序，以确定是否存在违规证据。
 - c. 因证据不足、不属于本局管辖范围、不存在违反法律或法规的行为等原因结案。
5. 如果委员会将案件立案为正式投诉，该正式投诉可能会被驳回、以非纪律性措施解决，或导致对持证人作出纪律处分。

非纪律性措施包括：

- a. 咨询函
- b. 非纪律性的暂缓执行考察期

纪律处分包括：

- c. 训诫
- d. 观察期
- e. 暂停或吊销执照

委员会必须掌握明确证据，证明存在违反法律或法规的行为，才可以对执照实施处分。

6. 如果管理局并非处理您投诉事项的正确机构，我们可能会将您的投诉转交给其他机构或计划处理。
7. 如需纸质投诉表，可提出索取。请致电卫生专业人员执照管理局公共保护办公室，电话号码为 (617) 973-0865，或发送电子邮件至 bhplcomplaints@mass.gov 联系我们。

2. 提交投诉后：

如果管理局决定对您的投诉采取进一步行动，将向作为投诉人的您发送书面通知。投诉中所列的持证人可能会收到通知，并获得一份您的投诉副本，同时被要求就相关指控提交书面答复。

调查所需时间因案而异，取决于调查的复杂程度；如果需要调取医疗记录或其他相关信息，调查时间可能会更长。投诉审查可能需要一个月；如果最终作出纪律处分，整个过程最长可能需要三年。

案件解决后，管理局将通知您其采取的行动；匿名投诉除外。

匿名投诉

在下列情况下，我们可自行酌定是否调查匿名投诉：

1. 投诉指称存在违反法律或法规的行为，且该行为足以使委员会采取行动，或对公共健康和安全构成立即危险。
2. 投诉包含足以开展调查的信息。
3. 可从其他来源取得所指称违规行为的证据。
4. 证明相关指控不需要识别投诉人的身份和/或不需要投诉人作证。

匿名投诉将接受审查；但是，如果管理局无法从其他来源取得支持证据，可能无法开展完整调查，也可能无法推进纪律处分程序。

所有案件都会经过审查并确定优先级。对患者或多名患者可能造成伤害或构成立即伤害威胁的案件，将被列为最高优先级。

不属于我们职权范围的问题

- 费用争议，例如因未赴约而产生的付款问题。
- 账单争议，例如持证人就服务收取的费用金额。
- 人际冲突（除非该行为已达到不专业行为的程度）。

关于举报医疗保健欺诈：

您可以针对由脊椎按摩师注册委员会 和辅助卫生专业人员注册委员会 发证的专业人员和机构[提交医疗保健欺诈投诉](#)。

想了解已解决投诉的更多信息？

- BHPL 各注册委员会采取的纪律处分及其他行动可在线查询。
- [可向卫生专业人员执照管理局申请公共记录。](#)

公共卫生部
卫生专业人员执照管理局
电话: (617) 973-0865 传真: (617) 973-0985 文本电话 (TTY): (617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

请根据您的所知，完整填写以下所有栏目，并尽可能提供详细信息。请打字填写，或用墨水工整书写。

您的信息:

姓	名	中间名首字母
邮寄地址	城市	州
电话号码	电子邮件地址	

医疗卫生专业人员姓名和地址 (如需针对每名个人或每家企业/机构提出投诉，请分别填写表格):

持证人姓	持证人名	执照编号 (如已知)
企业/机构名称	电话号码	
企业/机构街道地址		
城市	州	邮政编码
企业/机构执照编号 (如已知):		

请选择本投诉所涉及的专业或机构:

☐ 注册护士	☐ 牙科保健师
☐ 麻醉护士	☐ 牙科助理
☐ 护士执业者	☐ 灌注师
☐ 持照护士	☐ 临时灌注师
☐ 药剂师	☐ 呼吸治疗师
☐ 核药剂师	☐ 长期护理机构管理人 (NHA)
☐ 药房技术员	☐ 认证社区卫生保健工作者
☐ 医师助理	☐ 自然疗法医生
☐ 牙医	☐ 脊椎按摩师

☐ 助听器专业人员
☐ 助听器专业人员学徒
☐ 膳食营养师和营养师
☐ 配镜师
☐ 足病医生
☐ 持有限制执照的足病医生
☐ 验光师
☐ 听力学家
☐ 言语语言病理学家
☐ 言语语言病理学助理
☐ 持照社会工作者
☐ 持照认证社会工作者
☐ 持照社会工作助理
☐ 持照独立临床社会工作者
☐ 运动防护师
☐ 作业治疗师
☐ 作业治疗助理

☐ 物理治疗师
☐ 物理治疗助理
☐ 持照心理学家
☐ 应用行为分析师
☐ 应用行为分析师助理
☐ 教育心理学家
☐ 婚姻与家庭治疗师
☐ 心理健康咨询师
☐ 康复咨询师
☐ 零售药房/药店
☐ 仓储分销商
☐ 物理治疗机构
☐ 本州外包机构
☐ 外州外包机构
☐ 核药房
☐ 脊椎按摩机构
☐ 物理治疗机构执照

请选择您的投诉性质：

☐ 用药错误
☐ 执业能力受损
☐ 超出执业范围执业
☐ 遗弃/忽视患者
☐ 无证执业
☐ 药品转移
☐ 所提供护理的质量

☐ 欺诈
☐ 刑事定罪/行为
☐ 病情误诊
☐ 无法取得记录或放射影像
☐ 镇静不良反应
☐ 虐待患者
☐ 其他（请在下方注明）

事件发生日期： _____

事件说明：

请描述导致您提出投诉的事件，并注明事件发生的时间和日期。请列出所有相关人员的姓名。如有需要，请附加页面。

（如有必要，请另附纸张。请勿在页边空白处书写。）

此前的医疗卫生服务提供者（如适用）：

姓名	电话号码
----	------

街道	城市	州	邮政编码
----	----	---	------

后续医疗卫生服务提供者*（如适用）：

**请附上后续服务提供者出具的报告（如有）。*

姓名	电话号码
----	------

街道	城市	州	邮政编码
----	----	---	------

您是否已与持证人、持证人办公室或机构讨论过此事？ ☐ 是 ☐ 否

如是，请提供所联系人员的姓名和电话号码： _____

联系日期： _____ 联系方式是什么？（电话、电子邮件、信函、当面）： _____

联系结果： _____

如果有证人可以证明您投诉中所述事件，请提供证人姓名和电话号码（如适用）： _____

您是否已向任何其他州或联邦机构提交过本投诉？ ☐ 是 ☐ 否

如是，请说明： _____

如果解决本投诉需要，您是否愿意在正式听证会上就此事亲自作证？

☐ 是，我愿意。 ☐ 否，我不愿意。

是否附有其他信息或材料？

☐ 是 ☐ 否

为加快投诉处理流程，请提交所有支持您投诉的相关文件材料的清晰复印件（**请勿提交原件**），例如合同、医疗记录、已兑付支票等。如果管理局决定对您的投诉采取进一步行动，将向作为投诉人的您发送书面通知。投诉中所列的持证人可能会收到通知，并获得一份您的投诉副本，同时被要求就相关指控提交书面答复。

记录披露和投诉转交授权

我在本表上签名，或提供本表的复印件，即授权公共卫生部、卫生专业人员执照管理局：(1) 接收与本人投诉相关的所有健康记录副本；(2) 将投诉以及卫生专业人员执照管理局在调查本人投诉期间收集的所有记录提供给持证人，供持证人用于回应本投诉中的指控；以及 (3) 将本人投诉转交其他监管机构和/或执法机关，以便其采取适当行动。

我理解，所有投诉都会接受调查，以确定其事实依据。

提交投诉以及 DPH 接收和/或调查该投诉，并不意味着将对持证人采取纪律处分。

本人特此声明，本人已年满 18 周岁，并愿承担伪证罪处罚责任，确认就上述投诉所提供的信息，据本人所知、所掌握的信息及所信，均属真实、正确。

患者或
法律代表
签名

日期

（请附上证明文件）

请将本表邮寄至：

Department of Public Health
Bureau of Health Professions Licensure
Attn: Office of Public Protection
100 Cambridge St., 19th Floor Boston,
MA 02114-2509

仅供 DPH 使用：

执行主任或指定委员会代表签名

日期