

# Nộp đơn khiếu nại một chuyên gia hoặc cơ sở chăm sóc y tế

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại lên Cục Cấp Phép Chuyên Môn Y Tế (BHPL) nếu một chuyên gia hoặc cơ sở chăm sóc y tế vi phạm các tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp.

## 1. Trước khi quý vị bắt đầu

Bất kỳ ai cũng có thể nộp đơn khiếu nại một người được cấp phép để Cục xét duyệt. BHPL khuyến nghị quý vị nộp đơn khiếu nại qua [Cổng thông tin khiếu nại trực tuyến](#) của chúng tôi.

1. Đơn khiếu nại của quý vị nên mô tả càng cụ thể càng tốt, bao gồm địa điểm, ngày tháng, tên của người được cấp phép, số giấy phép, các nhân chứng... Hãy nộp đơn riêng lẻ cho từng cá nhân và/hoặc cơ sở mà quý vị nộp đơn khiếu nại.
2. Khi nộp đơn, quý vị hãy cung cấp các bản sao/chụp tất cả các hồ sơ y tế liên quan, thư từ trao đổi, hợp đồng, ảnh chụp, và tài liệu khác bất kỳ giúp hỗ trợ cho từng nội dung trong đơn khiếu nại của quý vị. **Quý vị sẽ không thể lấy lại đơn khiếu nại của mình sau khi đã nộp đi.**
3. Cục có thể yêu cầu nhà cung cấp đó nộp thêm hồ sơ điều trị hoặc y tế để điều tra về khiếu nại của quý vị nếu nội dung khiếu nại của quý vị là về dịch vụ điều trị mà quý vị được nhận khi là bệnh nhân. Cổng thông tin khiếu nại trực tuyến này có một bản ủy quyền dạng điện tử cho phép tiết lộ các hồ sơ đó.
4. Ngay khi nhận được khiếu nại của quý vị, Cục sẽ cân trọng xem xét tất cả các thông tin được cung cấp. Cục có thể thực hiện một trong những hành động sau đây:
  - a. Mở một khiếu nại chính thức và tiến hành xử lý kỷ luật.
  - b. Mở một cuộc điều tra hành động của nhân viên để xác định xem có bằng chứng về việc vi phạm hay không.
  - c. Kết thúc vụ việc do không có đủ bằng chứng, thiếu thẩm quyền, thiếu cơ sở vi phạm theo luật định hoặc quy định...
5. Nếu Hội Đồng tiến hành mở một khiếu nại chính thức, thì khiếu nại chính thức đó có thể bị bác bỏ, được giải quyết bằng biện pháp không phải kỷ luật, hoặc dẫn đến quyết định phạt kỷ luật người được cấp phép.

Những biện pháp không phải kỷ luật bao gồm:

- a. Thư tư vấn
- b. Quản chế tạm hoãn không phải kỷ luật.

Những biện pháp kỷ luật bao gồm:

- c. Khiển trách
- d. Quản chế, chịu giám sát
- e. Đình chỉ hoặc Thu hồi

Hội Đồng phải có được bằng chứng rõ ràng về việc vi phạm luật định hoặc quy định để có thể áp dụng một hình phạt lên một giấy phép.

- 6. Nếu Cục không phải là cơ quan thích hợp có thể xử lý khiếu nại của quý vị, chúng tôi có thể chuyển khiếu nại của quý vị cho một cơ quan hoặc chương trình khác.
- 7. Có cung cấp các mẫu khiếu nại bằng giấy khi được yêu cầu. Vui lòng gọi đến Cục Cấp Phép Chuyên Môn Y Tế - Văn Phòng Bảo Vệ Công Chúng theo số (617) 973-0865 hoặc liên hệ qua email theo địa chỉ [bhplcomplaints@mass.gov](mailto:bhplcomplaints@mass.gov).

## **2. Sau khi quý vị nộp đơn khiếu nại:**

Cục sẽ gửi cho quý vị, người khiếu nại, một văn bản thông báo nếu có hành động tiếp theo được thực hiện với khiếu nại của quý vị. Người được cấp phép có tên trên khiếu nại này có thể được thông báo và được cung cấp một bản sao khiếu nại của quý vị và được yêu cầu đưa ra một văn bản trả lời cho các cáo buộc.

Thời gian điều tra cho từng vụ việc luôn khác nhau, tùy thuộc vào mức độ phức tạp của cuộc điều tra đó, đặc biệt là khi cần yêu cầu hồ sơ y khoa hoặc các thông tin liên quan khác. Thời gian xem xét có thể mất một tháng hoặc lên tới ba năm khi áp dụng biện pháp kỷ luật.

Khi vụ việc đã được xử lý, quý vị sẽ được thông báo về hành động của Cục, ngoại trừ trường hợp là khiếu nại ẩn danh.

### **Khiếu nại ẩn danh**

Chúng tôi có thể quyết định tiến hành điều tra một khiếu nại ẩn danh nếu:

- 1. Khiếu nại đó cáo buộc các hành vi vi phạm luật pháp hoặc quy định cần có sự can thiệp của Hội Đồng hoặc gây ra nguy hiểm tức thời lên sức khỏe và an toàn công cộng.

2. Khiếu nại có đầy đủ thông tin để tiến hành điều tra.
3. Có bằng chứng về hành vi vi phạm bị cáo buộc từ các nguồn thông tin khác
4. Việc chứng minh các cáo buộc này không cần thông tin nhân thân và/hoặc lời khai của người nộp đơn khiếu nại.

Các khiếu nại ẩn danh sẽ được xem xét; tuy nhiên, Cục có thể sẽ không đủ khả năng tiến hành điều tra đầy đủ hoặc tiến hành biện pháp kỉ luật nếu không thể có được bằng chứng trợ giúp từ các nguồn khác.

**Tất cả các trường hợp đều được xem xét và ưu tiên.** Ưu tiên cao nhất áp dụng cho những trường hợp gây ra mối nguy hại, đe dọa tiềm tàng hoặc trực tiếp lên một hoặc nhiều bệnh nhân.

### **Những vấn đề nằm ngoài thẩm quyền của chúng tôi**

- Tranh chấp về khoản phí, chẳng hạn như thanh toán cho các buổi hẹn bị bỏ lỡ.
- Tranh chấp về hóa đơn, chẳng hạn như số tiền người được cấp phép tính phí dịch vụ.
- Các mâu thuẫn cá nhân (trừ trường hợp những mâu thuẫn đó leo thang tới mức độ của hành vi không chuyên nghiệp.)

### **Đối với tình huống báo cáo gian lận về chăm sóc y tế:**

Quý vị có thể **nộp một khiếu nại về gian lận chăm sóc y tế** của các chuyên gia và cơ sở có giấy phép của Hội Đồng Đăng Kí Bác Sĩ Trị Liệu Thần Kinh Cột Sống Chiropractic và Hội Đồng Đăng Kí Y Tế Liên Ngành.

Quý vị muốn tìm hiểu thêm thông tin về một khiếu nại đã được giải quyết?

- Các biện pháp kỉ luật và hành động khác mà các hội đồng đăng kí của BHPL đã thực hiện đều được đăng tải trực tuyến.
- **Có thể yêu cầu nhận các hồ sơ công khai với Cục Cấp Phép Chuyên Môn Y Tế.**

**SỞ Y TẾ CÔNG CỘNG**  
**CỤC CẤP PHÉP CHUYÊN MÔN Y TẾ**  
**ĐIỆN THOẠI (617) 973-0865    SỐ FAX (617) 973-0985    TIẾP ÂM TTY (617) 973-0988**  
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

Xin hãy điền vào tất cả các trường thông tin dưới đây theo đúng như hiểu biết của quý vị và càng chi tiết càng tốt. Vui lòng gõ trên máy hoặc dùng bút mực để viết chữ in thật dễ đọc.

**THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ:**

|    |     |                          |
|----|-----|--------------------------|
| Họ | Tên | Chữ viết tắt của tên đệm |
|----|-----|--------------------------|

|                 |           |           |             |
|-----------------|-----------|-----------|-------------|
| Địa chỉ bưu tín | Thành phố | Tiểu bang | Mã bưu điện |
|-----------------|-----------|-----------|-------------|

|            |       |
|------------|-------|
| Điện thoại | Email |
|------------|-------|

**TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA CHUYÊN GIA CHĂM SÓC Y TẾ (sử dụng các mẫu đơn riêng biệt cho từng cá nhân hoặc doanh nghiệp/cơ sở mà quý vị muốn nộp đơn khiếu nại):**

|                            |                             |                         |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Họ của người được cấp phép | Tên của người được cấp phép | Số giấy phép (nếu biết) |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Tên doanh nghiệp/cơ sở | Điện thoại |
|------------------------|------------|

Địa chỉ có tên đường phố của doanh nghiệp/cơ sở

|           |           |             |
|-----------|-----------|-------------|
| Thành phố | Tiểu bang | Mã bưu điện |
|-----------|-----------|-------------|

Số giấy phép của doanh nghiệp/cơ sở (nếu biết): \_\_\_\_\_

**XIN HÃY LỰA CHỌN CHUYÊN MÔN HOẶC CƠ SỞ MÀ KHIẾU NẠI NÀY ĐỀ CẬP:**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>____ Y tá có đăng ký</p> <p>____ Y tá gây mê</p> <p>____ Y tá điều dưỡng điều trị</p> <p>____ Y tá có giấy phép</p> <p>____ Dược sĩ</p> <p>____ Dược sĩ, phóng xạ hạt nhân</p> <p>____ Kỹ thuật viên dược</p> <p>____ Trợ lý bác sĩ</p> <p>____ Nha sĩ</p> <p>____ Chuyên viên vệ sinh nha khoa</p> <p>____ Trợ lý nha khoa</p> <p>____ Chuyên viên vận hành máy tuần hoàn</p> <p>____ Chuyên viên dự bị vận hành máy tuần hoàn</p> | <p>____ Trị liệu viên chăm sóc hô hấp</p> <p>____ Quản trị viên chăm sóc dài hạn (NHA)</p> <p>____ Nhân viên chăm sóc y tế cộng đồng có chứng nhận</p> <p>____ Bác sĩ chuyên ngành liệu pháp tự nhiên</p> <p>____ Bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống Chiropractic</p> <p>____ Chuyên gia về thiết bị trợ thính</p> <p>____ Học việc của chuyên gia thiết bị trợ thính</p> <p>____ Chuyên gia dinh dưỡng và chế độ ăn uống</p> <p>____ Chuyên viên khúc xạ nhãn khoa</p> <p>____ Chuyên gia về chăm sóc, điều trị chân</p> <p>____ Chuyên gia về chân có giấy phép hạn chế</p> <p>____ Chuyên gia về khúc xạ</p> <p>____ Chuyên gia thính học</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- VUI LÒNG LỰA CHỌN TÍNH CHẤT VẤN ĐỀ MÀ QUÝ VỊ KHIẾU NẠI:**

- (NHỮNG) NGÀY XẢY RA (CÁC) SỰ CỐ:** \_\_\_\_\_

Xin hãy mô tả (các) sự cố khiến quý vị khiếu nại và ghi rõ thời gian, ngày tháng mà sự kiện đó xảy ra. Liệt kê tên của những cá nhân liên quan. Xin hãy dùng thêm trang nếu cần.

[illegible]

(Xin hãy dùng các trang giấy riêng biệt nếu cần. Đừng viết tràn ra bên lề.)

**NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC Y TẾ TRƯỚC ĐÓ (nếu áp dụng):**

Tên \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Đường phố \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu điện \_\_\_\_\_

**NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC Y TẾ SAU ĐÓ\* (nếu áp dụng):**

*\*Kèm theo báo cáo của nhà cung cấp sau đó (nếu áp dụng).*

Tên \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Đường phố \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu điện \_\_\_\_\_

Quý vị có từng thảo luận về vấn đề này với người được cấp phép này, văn phòng của người được cấp phép này, hoặc sơ sở này hay không? ☐ có ☐ không

Nếu có, xin hãy ghi ra tên và số điện thoại của người được liên hệ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ngày liên hệ: \_\_\_\_\_ Liên hệ theo hình thức nào? (điện thoại, email, thư từ, trực tiếp):

\_\_\_\_\_

Kết quả của việc liên hệ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nếu có nhân chứng cho sự cố được mô tả trong khiếu nại của quý vị, vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của (những) nhân chứng đó (nếu áp dụng):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quý vị có từng nộp khiếu nại này cho các cơ quan tiểu bang hoặc liên bang khác bất kỳ không?  
☐ có ☐ không

Nếu có, vui lòng giải thích:

\_\_\_\_\_

Nếu quá trình giải quyết khiếu nại này có yêu cầu, thì quý vị có sẵn lòng trực tiếp có mặt để làm chứng liên quan đến vấn đề này tại một phiên điều trần chính thức hay không?

☐ Có, tôi sẵn lòng. ☐ Không, tôi không sẵn lòng.

Có đính kèm thông tin hoặc tài liệu bổ sung không? ☐ Có ☐ Không

Nhằm đẩy nhanh quá trình xử lý khiếu nại, vui lòng nộp các bản sao/bản chụp nhìn thật rõ (KHÔNG phải bản gốc) của tất cả các giấy tờ liên quan để trợ giúp cho đơn khiếu nại của quý vị (ví dụ: các bản hợp đồng, hồ sơ y tế, séc đã hủy...). Cục sẽ gửi cho quý vị, người khiếu nại, một văn bản thông báo nếu có hành động tiếp theo được thực hiện với khiếu nại của quý vị. Người được cấp phép có tên trên khiếu nại này có thể được thông báo và được cung cấp một bản sao khiếu nại của quý vị và được yêu cầu đưa ra một văn bản trả lời cho các cáo buộc.

### CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ VÀ CHUYỂN TIẾP ĐƠN KHIẾU NẠI

Chữ ký của tôi trên mẫu đơn này, hoặc bản chụp của mẫu đơn, cho phép Sở Y Tế Công Cộng, Cục Cấp Phép Chuyên Môn Y Tế được: (1) nhận bản sao của tất cả các hồ sơ y tế của tôi và có liên quan đến khiếu nại của tôi; (2) chia sẻ khiếu nại này và tất cả các hồ sơ mà Cục Cấp Bằng Chuyên Môn Y Tế thu thập được trong quá trình điều tra cáo buộc trong khiếu nại của tôi với người được cấp phép này để người được cấp phép sử dụng khi trả lời cáo buộc trong khiếu nại này; và (3) chuyển tiếp khiếu nại của tôi cho các cơ quan quản lý và/hoặc thực thi pháp luật khác để có hành động thích hợp.

Tôi hiểu rằng tất cả các khiếu nại đều được điều tra để xác định cơ sở thực tế của khiếu nại đó.

Việc nộp đơn khiếu nại và DPH nhận đơn và/hoặc điều tra đơn không đồng nghĩa với việc người được cấp phép sẽ phải chịu các biện pháp kỷ luật.

Theo đây tôi tuyên bố rằng tôi đủ 18 tuổi và xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn khiếu nại ở trên là đúng sự thật và chính xác theo như hiểu biết, thông tin, và niềm tin của chính tôi và tôi chấp nhận chịu hình phạt nếu có khai man.

Chữ ký của  
Bệnh nhân hoặc  
Người đại diện pháp lý  
(Đính kèm các tài liệu)

Ngày

**Gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện tới:**

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

**PHẦN CHỈ DÀNH CHO DPH:**

Chữ ký của Giám Đốc Điều Hành hoặc đại diện Hội Đồng chỉ định

Ngày