

VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Coordinador del BCCCP: Marque SÍ o NO:

 SÍ Esta paciente se inscribió en el Programa para el Control del Cáncer de Seno y el Cáncer Cervical (BCCCP, por sus siglas en inglés) de NC y se le practicó una evaluación y/o examen de diagnóstico de acuerdo con las pautas del BCCCP. (Si hay un junto a SÍ, entonces el médico tratante o el que diagnostica debe llenar este formulario.)

 NO Esta paciente no participa en el BCCCP y no se le practicó ninguna evaluación ni examen de diagnóstico de acuerdo a las pautas del BCCCP para recibir este diagnóstico.
[Si hay un junto a NO, entonces la paciente no es candidata para recibir Cobertura de Medicaid para Cáncer de Seno y Cáncer Cervical (BCCM, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, llame a su coordinador de caso del BCCCP].

Nombre y número de teléfono de la clínica responsable del diagnóstico y del plan de tratamiento:

Nombre de la paciente: _____

Dirección de la paciente: _____

Nº del Seguro Social de la paciente: _____ **Fecha de nacimiento** _____

Fecha del diagnóstico: _____

Diagnóstico confirmado mediante: Colposcopia **Biopsia** **Otra**

(Los diagnósticos pendientes y no confirmados tendrán como resultado un rechazo de la BCCM)

Diagnóstico _____

Tratamiento: _____

para comenzar el _____ **(fecha) y continuar:**

_____.

(Se requiere una certificación adicional previa a la BCCM que se extienda más allá de 12 meses. La repetición de evaluaciones de rutina del seno y/o del cuello uterino se debe realizar a través del proveedor del BCCCP.)

Firma del médico

Fecha

Proveedor del BCCCP (agencia) _____

Coordinador del BCCCP _____ **Nº de teléfono** _____

Trabajador del DSS _____ **Nº de fax** _____

Nº de teléfono _____ **Fecha** _____

Condado _____

ESTE ES UN DOCUMENTO ADJUNTO QUE SE EXIGE PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAID PARA CÁNCER DE SENO Y CÁNCER CERVICAL (BCCM)

DMA-5081

Modificado 10/04