

**RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN
PARA SEGUIR RECIBIENDO COBERTURA DE MEDICAID PARA EL
CÁNCER DE SENO Y EL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO**

Coordinador del BCCCP: Marque SÍ o NO:

 SÍ *Esta paciente sigue inscrita en el Programa para el Control del Cáncer de Seno y el Cáncer Cervical (BCCCP, por sus siglas en inglés) de NC y ha recibido tratamiento 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 ya no participa en el BCCCP. (Si hay un √ junto a NO, entonces la paciente ya no es candidata para recibir Cobertura de Medicaid para Cáncer de Seno y Cáncer Cervical (BCCM, por sus siglas en inglés). Llame a su coordinador de caso del BCCCP para obtener más información).*

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** _____

Tratamiento continuado: _____

(NOTA: El programa de BCCM de Carolina del Norte no cubre el tratamiento de Tamoxifen.)

para 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 _____

ENVÍE POR CORREO ESTE DOCUMENTO Y LA SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN PARA COBERTURA DE MEDICAID PARA CÁNCER DE SENO Y CÁNCER CERVICAL (BCCM) AL COORDINADOR DEL BCCCP Y AL BENEFICIARIO PARA HACER UNA REVISIÓN DE LA RENOVACIÓN DE LA DETERMINACIÓN