

VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Coordinador del BCCCP: Marque SÍ:

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.)

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: _____ CNDS/MID# _____

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 12/10