

**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:***

*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  $\checkmark$  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** \_\_\_\_\_ **Tratamiento continuado:** \_\_\_\_\_

**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

DMA-5081R  
Modificado 11/16