

VERIFICACION DE EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Coordinador de BCCCP: Al marcar (✓) SI está verificando la elegibilidad para BCCM

<input type="checkbox"/> SI	El paciente cumple con los requerimientos de elegibilidad del Programa de Cáncer de Mama y Cervical de NC (BCCCP). El paciente ha sido evaluado y/o diagnosticado de acuerdo a las guías de NC BCCCP. <input type="checkbox"/> Diagnosticado en NC BCCCP <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Diagnosticado fuera de NC BCCCP
-----------------------------	--

Se requiere certificación adicional por parte del BCCM para poder extender la certificación original por más de 12 meses.

Nombre de la clínica responsable del diagnóstico y plan de tratamiento:		Tel: ()
Nombre del Paciente:	Nació / / <small>fecha:</small>	SSN: - -
Dirección del paciente:		CNDS/MID#:
Diagnostico:	Etapa(Stage): (Si se sabe)	Fecha de Diagnos: / /
Diagnosis Confirmada por: (Diagnosis pendientes o sin confirmar resultara en negación de BCCM) <input type="checkbox"/> Colposcopia <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Otro:		
Tratamiento (describa):		
Inicio del Tratamiento (fecha) _____ y continua por: (# de semanas o meses estimados de tratamiento)		

Firma del Doctor _____ **Fecha** _____

Condado de residencia del paciente:	Proveedor de BCCCP:
Coordinador de BCCCP:	Tel:
Representante de DSS:	Fecha:
Tel. del DSS:	FAX del DSS:

Determinación	Fecha de Determinación	Firma de Enfermera Consultora
<input type="checkbox"/> Aprobado por ____ meses		
<input type="checkbox"/> Negado - Razón:		

ESTE AGREGADO ES REQUERIDO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAID DE MAMA Y CANCER CERVICAL (BCCM)