

**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**

DHB-5081R

Modificado 03-2021