

# 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"/> <b>O</b> <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.

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

**Firma del Doctor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Condado de residencia del paciente:</b> | <b>Proveedor de BCCCP:</b> |
| <b>Coordinador de BCCCP:</b>               | <b>Tel:</b>                |
| <b>Representante de DSS:</b>               | <b>Fecha:</b>              |
| <b>Tel. del DSS:</b>                       | <b>FAX del DSS:</b>        |

| 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)