

# 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.

<b>Nombre de la clínica responsable del diagnóstico y plan de tratamiento:</b>		<b>Tel:</b> (    )
<b>Nombre del Paciente:</b>	<b>Nació</b> /    / <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> /    /
<b>Diagnosis Confirmada por:</b> (Diagnosis pendientes o sin confirmar resultara en negación de BCCM) <input type="checkbox"/> Colposcopia <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Tratamiento</b> (describa):		
<b>Inicio del Tratamiento</b> (fecha) _____ <b>y continua por:</b> <span style="float: right;">(# de semanas o meses estimados de tratamiento)</span>		

**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)