

VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO

Coordinador del BCCCP: Al marcar (✓) SÍ está verificando la elegibilidad del paciente para BCCM

Sí <input type="checkbox"/>	Esta paciente cumple los requisitos de elegibilidad para el Programa de Control del Cáncer de Mama y de Cuello de Útero de Carolina del Norte (BCCCP). La paciente ha recibido pruebas de detección y/o diagnóstico según las directrices del NC BCCCP.	<input type="checkbox"/> Diagnosticada en NC BCCCP	O	<input type="checkbox"/> Diagnosticado fuera de NC BCCCP
------------------------------------	---	--	---	--

Se requiere una certificación adicional para que la cobertura del BCCM se extienda más allá del periodo de certificación original o más allá de 12 meses.

Nombre de la clínica médica responsable del diagnóstico y del plan de tratamiento:		Teléfono:	
Nombre del paciente:		FECHA DE NACIMIENTO:	SSN:
Dirección del paciente:		CNDS/MID#:	
Diagnóstico:	Etapa: (si se conoce)	Fecha del diagnóstico:	
Diagnóstico confirmado por: (Los diagnósticos pendientes o no confirmados serán rechazados por el BCCM) <input type="checkbox"/> Colposcopia <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Otros:			
Plan de tratamiento: Describa el plan de tratamiento específico , la fecha de inicio del tratamiento y la duración del mismo (el número de semanas o meses de tratamiento previstos) en el espacio que se facilita a continuación:			
Inicio del tratamiento (fecha) _____ y continuar por: _____ (# de semanas o meses de tratamiento previsto)			

Firma del médico

Fecha

Condado de residencia del paciente:	Proveedor de BCCCP:
Coordinador de BCCCP:	Teléfono:
Representante del DSS:	Fecha:
Teléfono del DSS:	Fax del DSS:
Correo electrónico del trabajador social del DSS:	

Determinación	Fecha de Determinación	Firma de la enfermera asesora
<input type="checkbox"/> Aprobado por ____ meses		
<input type="checkbox"/> Negado - Motivo:		

Notas: