

Client Name: _____ DOB: _____ Address: _____ Phone: _____	Referred to: Physician / Facility: _____ Address: _____ Phone: _____
Scheduled Appointment Date: _____ Time: _____ Clinical Information: _____ Breast Implants: Y / N History of Breast Cancer: Y / N Interpreter needed: Y / N If yes, language: _____	

SCHEDULED EXAMS	
<p align="center"><i>No Prior Authorization or Approval Required</i></p> <input type="checkbox"/> Screening Mammogram <input type="checkbox"/> Left / Right / Bilateral Diagnostic mammogram & Ultrasound if indicated <input type="checkbox"/> Breast Ultrasound (Diagnostic mammogram if medically indicated) <input type="checkbox"/> Core Needle Biopsy and/or Needle Aspiration Left / Right <input type="checkbox"/> Ductogram <input type="checkbox"/> Colposcopy <input type="checkbox"/> Consult	<p align="center"><i>Additional Authorization or Approvals Required</i></p> <input type="checkbox"/> Screening Breast MRI With / Without Contrast <input type="checkbox"/> Left / Right / Bilateral Diagnostic MRI (Not TennCare Eligible*) requires CO approval** With / Without Contrast <input type="checkbox"/> LEEP (Not TennCare Eligible) required CO approval <input type="checkbox"/> LEEP (TennCare Eligible) enroll in TennCare <input type="checkbox"/> Other Procedures: _____ <small>*Patients eligible for TennCare must be enrolled by local Health Department **TBCSP and TennCare do not pay for MRIs to assess breast implant integrity</small>

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO THÂN CHỦ (CLIENT INSTRUCTIONS)
<p>Buổi hẹn này sẽ được Chương trình Khám kiểm tra vú và cổ tử cung Tennessee (Tennessee Breast and Cervical Screening, TBCSP) đài thọ. Giấy cho phép này chỉ dành cho buổi hẹn hoặc khám tại y viện như đã nêu trên. Những buổi hẹn và thủ tục khác sẽ cần có giấy cho phép riêng. Các buổi khám theo dõi vú, xét nghiệm tế bào và/hoặc xét nghiệm HPV phải do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã giới thiệu cho thân chủ thực hiện hoặc chấp thuận.</p> <p>Nhớ mang theo thẻ ID có ảnh và danh sách các thuốc đang dùng dùng khi đến hẹn. Nếu quý vị đến để được cố vấn về giải phẫu cho các vấn đề vú, vui lòng đi lấy phim chụp quang tuyến vú và/hoặc phim siêu âm và mang theo lúc đến hẹn.</p> <p>TBCSP là một chương trình trợ giúp dịch vụ có giới hạn. Xét nghiệm máu hoặc những xét nghiệm, thủ tục bổ túc có thể không được TBCSP đài thọ. Vui lòng xác nhận với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc rằng những xét nghiệm đã thực hiện là cần thiết cho buổi khám mà quý vị đã được cho hẹn. Nếu quý vị được đề nghị giải phẫu, quý vị PHẢI liên lạc với sở y tế trước để được đánh giá Tình trạng hội đủ điều kiện cho TennCare. Nếu quý vị không làm điều này, quý vị sẽ chịu trách nhiệm trả mọi khoản tiền hay lệ phí.</p>

PROVIDER INSTRUCTIONS				
<p align="center"><i>*Completion of this form assumes client's eligibility into TBCSP and the presence of a signed, current consent form</i></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> Submit billing to: 710 James Robertson Pkwy 8th Floor, Attn: TBCSP Nashville, TN 37243 </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> Submit all reports to: (Health Department/Clinic Label or Stamp) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Clinic Staff: _____ <div align="center">PRINT / SIGN</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> Date: _____ </td> </tr> </table>	Submit billing to: 710 James Robertson Pkwy 8 th Floor, Attn: TBCSP Nashville, TN 37243	Submit all reports to: (Health Department/Clinic Label or Stamp)	Clinic Staff: _____ <div align="center">PRINT / SIGN</div>	Date: _____
Submit billing to: 710 James Robertson Pkwy 8 th Floor, Attn: TBCSP Nashville, TN 37243	Submit all reports to: (Health Department/Clinic Label or Stamp)			
Clinic Staff: _____ <div align="center">PRINT / SIGN</div>	Date: _____			