



1545 San Remo Avenue
Coral Gables, FL 33146

Download this form at: <https://www.solismammo.com/physician-resources/referral-pads>



Schedule by Phone
866.717.2551



Schedule Online
SolisMammo.com/Schedule



Fax Number
866.366.5798

PATIENT INFORMATION

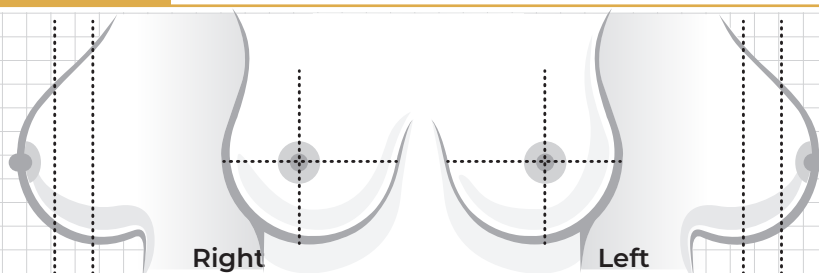
Patient Name	DOB	Patient Phone Number
Physician	Date	
Physician Phone	Physician Fax	Physician NPI

BREAST EXAMINATION REQUEST

- Screening Mammogram w/Additional Views and/or Ultrasound if Necessary for Inconclusive Mammogram
- Screening Mammogram
- Diagnostic Mammogram
- Diagnostic Mammogram w/Ultrasound if Necessary
- Breast Ultrasound
- Breast MRI
- Ultrasound Guided Aspiration Possible Core Biopsy
- Ultrasound Guided Core Biopsy
- Stereotactic-Guided Core Biopsy
- MRI-Guided Core Biopsy
- Percutaneous Needle Localization

FOR CLINICAL USE ONLY

Indicate Area of Concern



MRI

- Contrast** With Without With & Without
- Abdomen C-spine Knee Right Left
 - Pelvis T-spine Ankle Right Left
 - Brain L-spine Shoulder Right Left
 - Other: _____ Wrist Right Left

MR ANGIOGRAPHY

- Brain Renals Other: _____
- Carotids Runoff

ULTRASOUND

- Pelvic Renal
- TA TV Thyroid
- Abdomen/Gallbladder Other: _____

BONE DENSITOMETRY

- DEXA Bone Densitometry DEXA with Vertebral Fracture Assessment

CLINICAL HISTORY, SYMPTOMS OR REASON FOR EXAM (REQUIRED)

Physician Signature

Date

Time



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

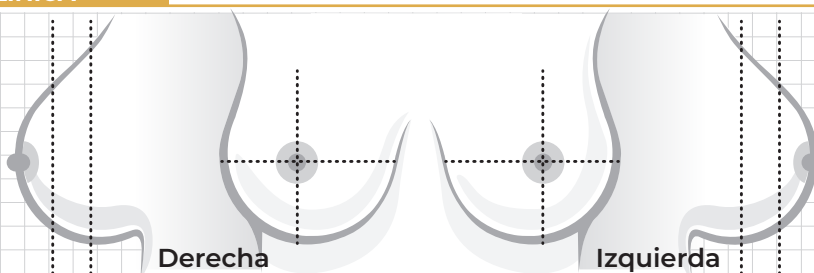
Nombre del paciente	FDN	Número de teléfono del paciente
Médico	Fecha	
Teléfono del médico	Fax del médico	NPI del médico

SOLICITUD DE EXAMEN DE MAMA

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Mamografía de detección c/vistas adicionales o ultrasonido, si es necesario por resultado inconcluso | <input type="radio"/> MRI de mamas |
| <input type="radio"/> Mamografía de detección | <input type="radio"/> Posible biopsia con punción guiada por ultrasonido |
| <input type="radio"/> Mamografía de diagnóstico | <input type="radio"/> Biopsia con punción guiada por ultrasonido |
| <input type="radio"/> Mamografía de diagnóstico c/ultrasonido, si es necesario | <input type="radio"/> Biopsia estereotáctica con punción |
| <input type="radio"/> Ultrasonido de mamas | <input type="radio"/> Biopsia con punción guiada por MRI |
| | <input type="radio"/> Localización con aguja percutánea |

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA

Indicar el área de preocupación



MRI

- Contraste** Con Sin Con y sin
- | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|-------------|---------------|
| <input type="radio"/> Abdomen | <input type="radio"/> Columna (cervical) | <input type="radio"/> Rodilla | ___ Derecha | ___ Izquierda |
| <input type="radio"/> Pelvis | <input type="radio"/> Columna (torácica) | <input type="radio"/> Tobillo | ___ Derecho | ___ Izquierdo |
| <input type="radio"/> Cerebro | <input type="radio"/> Columna (lumbar) | <input type="radio"/> Hombro | ___ Derecho | ___ Izquierdo |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | <input type="radio"/> Muñeca | ___ Derecha | ___ Izquierda |

ANGIOGRAFÍA POR MR

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Cerebro | <input type="radio"/> Riñones | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Carótida | <input type="radio"/> Derrame | |

ULTRASONIDO

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Pélvico | <input type="radio"/> Renal |
| <input type="radio"/> TA <input type="radio"/> TV | <input type="radio"/> Tiroides |
| <input type="radio"/> Abdomen/vesícula | <input type="radio"/> Otro: _____ |

DENSITOMETRÍA ÓSEA

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Densitometría ósea DEXA | <input type="radio"/> DEXA con evaluación de fractura vertebral |
|---|---|

HISTORIA CLÍNICA, SÍNTOMAS O MOTIVO DEL EXAMEN (OBLIGATORIO)
