

MIAMI BREAST INSTITUTE

A *Solis Mammography* Company

1545 San Remo Avenue, Coral Gables, FL 33146



Schedule by Phone
866.717.2551



Schedule Online
SolisMammo.com/Schedule



Fax Number
866.366.5798

PATIENT INFORMATION

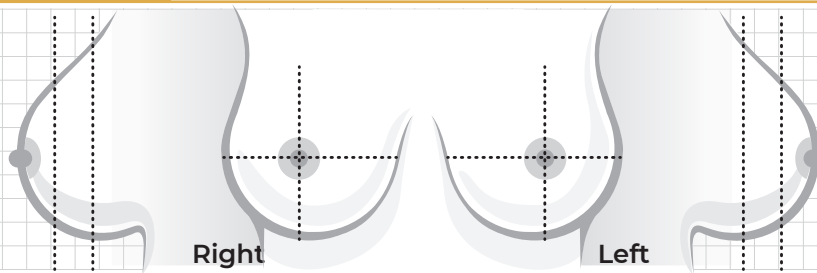
Patient Name	DOB	Patient Phone Number
Physician	Date	
Physician Phone	Physician Fax	Physician NPI

BREAST EXAMINATION REQUEST

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Screening Mammogram w/Additional Views and/or Ultrasound if Necessary for Inconclusive Mammogram | <input type="radio"/> Breast MRI |
| <input type="radio"/> Screening Mammogram | <input type="radio"/> Ultrasound Guided Aspiration Possible Core Biopsy |
| <input type="radio"/> Diagnostic Mammogram | <input type="radio"/> Ultrasound Guided Core Biopsy |
| <input type="radio"/> Diagnostic Mammogram w/Ultrasound if Necessary | <input type="radio"/> Stereotactic-Guided Core Biopsy |
| <input type="radio"/> Breast Ultrasound | <input type="radio"/> MRI-Guided Core Biopsy |
| | <input type="radio"/> Percutaneous Needle Localization |

FOR CLINICAL USE ONLY

Indicate Area of Concern



MRI

Contrast With Without With & Without

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------|----------|
| <input type="radio"/> Abdomen | <input type="radio"/> C-spine | <input type="radio"/> Knee | ___ Right | ___ Left |
| <input type="radio"/> Pelvis | <input type="radio"/> T-spine | <input type="radio"/> Ankle | ___ Right | ___ Left |
| <input type="radio"/> Brain | <input type="radio"/> L-spine | <input type="radio"/> Shoulder | ___ Right | ___ Left |
| <input type="radio"/> Other: _____ | | <input type="radio"/> Wrist | ___ Right | ___ Left |

MR ANGIOGRAPHY

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Brain | <input type="radio"/> Renals | <input type="radio"/> Other: _____ |
| <input type="radio"/> Carotids | <input type="radio"/> Runoff | |

ULTRASOUND

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pelvic | <input type="radio"/> Renal |
| <input type="radio"/> TA <input type="radio"/> TV | <input type="radio"/> Thyroid |
| <input type="radio"/> Abdomen/Gallbladder | <input type="radio"/> Other: _____ |

BONE DENSITOMETRY

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> DEXA Bone Densitometry | <input type="radio"/> DEXA with Vertebral Fracture Assessment |
|--|---|

CLINICAL HISTORY, SYMPTOMS OR REASON FOR EXAM (REQUIRED)

Physician Signature

Date

Time

MIAMI BREAST INSTITUTE

A Solis Mammography Company

1545 San Remo Avenue, Coral Gables, FL 33146



Programar una cita por teléfono **866.717.2551** Programar una cita en línea **SolisMammo.com/Schedule** Número de fax **866.366.5798**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

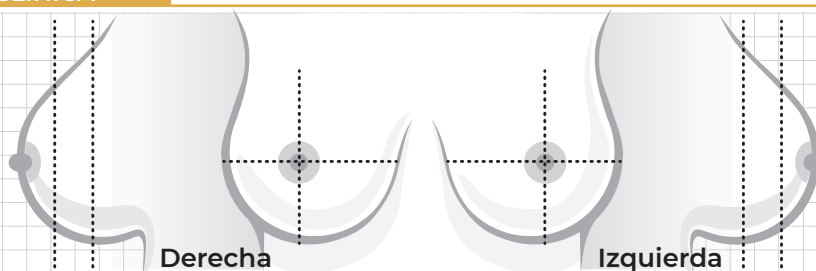
Nombre del paciente	FDN	Número de teléfono del paciente
Médico	Fecha	
Teléfono del médico	Fax del médico	NPI del médico

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)

Firma del médico

Fecha

Hora