



A department of

**Corpus Christi  
Medical Center**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 INFORMATION**

Physician Name (printed)

Physician NPI

Date

Physician Phone

Physician Fax

Practice Name

**A DIAGNOSIS CODE MUST BE PROVIDED FOR THIS ORDER TO BE VALID.  
PLEASE PROVIDE THE NECESSARY CODE FOR EACH STUDY ORDERED.**

**BREAST EXAMINATION REQUEST**

- ☐ Screening Mammogram w/ additional views and/or Ultrasound if necessary for inconclusive Mammogram
- ☐ Diagnostic Mammogram w/ Ultrasound if necessary
- ☐ Breast Ultrasound
- ☐ Breast Ultrasound for Dense Breasts
- ☐ Breast Biopsy w/ post procedure Mammogram if needed

**REASON FOR PROCEDURE**

ICD-10 CODE R92.2 - inconclusive mammogram will be used for patient recall exams

**ICD-10 CODE** For each indicated exam

---



---



---

**BONE DENSITOMETRY**

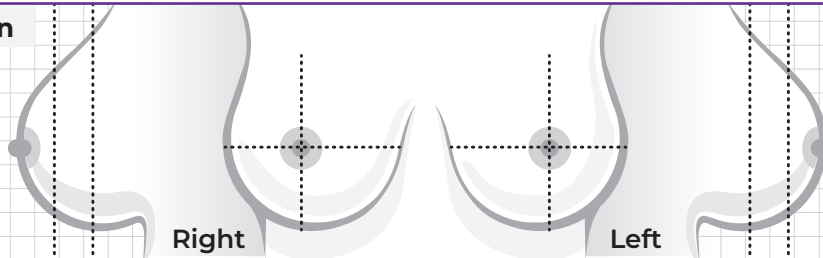
- ☐ DEXA Bone Densitometry

**REASON FOR PROCEDURE**

**ICD-10 CODE**

**SELECT QUADRANT AND LATERALITY FOR DIAGNOSTIC EXAM**

Indicate Area of Concern

**PHYSICIAN SIGNATURE**

Stamped signatures are not allowed

Physician Signature

Date

Time

Solis Mammography, a department of Corpus Christi Medical Center  
7121 S Padre Island Dr., Suite 100, Corpus Christi, TX 78412

**www.SolisMammo.com | P: 866-717-2551 | F: 866-366-5798**



A department of

**Corpus Christi  
Medical Center**

Descargue este formulario en: <https://www.solismammo.com/physician-resources/referral-pads>



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

Fecha de nacimiento

Teléfono del paciente

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico (en letra de molde)

Médico NPI

Fecha

Teléfono del médico

Fax del médico

Nombre de centro de salud

**PARA QUE ESTA ORDEN SEA VÁLIDA, SE DEBE INGRESAR UN CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO.  
INDIQUE EL CÓDIGO NECESARIO PARA CADA ESTUDIO SOLICITADO.**

### SOLICITUD DE EXAMEN DE MAMA

- ☐ Mamografía de detección con vistas adicionales o ultrasonido si es necesario para mamografía no concluyente
- ☐ Mamografía de diagnóstico con ultrasonido, si es necesario
- ☐ Ecografía de mama
- ☐ Ecografía de mama para mamas densas
- ☐ Biopsia de mama con mamografía después de la cirugía si es necesario

### MOTIVO DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO ICD-10 R92.2 - se usará una mamografía no concluyente para los exámenes de recuperación de las pacientes

**CÓDIGO ICD-10** Para cada examen indicado

### DENSITOMETRÍA ÓSEA

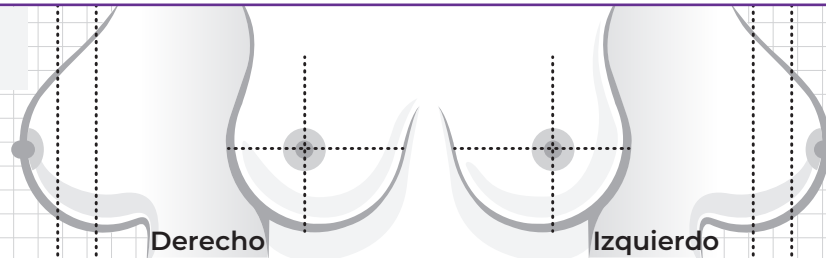
- ☐ Densitometría ósea DEXA

### MOTIVO DEL PROCEDIMIENTO

**CÓDIGO ICD-10**

### SELECCIONE CUADRANTE Y LATERALIDAD PARA EXAMEN DE DIAGNÓSTICO

Indique el área de  
preocupación



### FIRMA DEL MÉDICO

No se permiten firmas estampadas

Firma del médico

Fecha

Hora

Solis Mammography, a department of Corpus Christi Medical Center  
7121 S Padre Island Dr., Suite 100, Corpus Christi, TX 78412

**www.SolisMammo.com | T: 866-717-2551 | F: 866-366-5798**