

# MIAMI BREAST INSTITUTE

A Solis Mammography Company

1545 San Remo Avenue, Coral Gables, FL 33146

Download this form at: <https://www.MiamiBreastInstitute.com>



Schedule by Phone  
305.403.4930



Schedule Online  
MiamiBreastInstitute.com



Fax Number  
866.366.5798

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

## CLINICAL HISTORY, SYMPTOMS OR REASON FOR EXAM (REQUIRED)

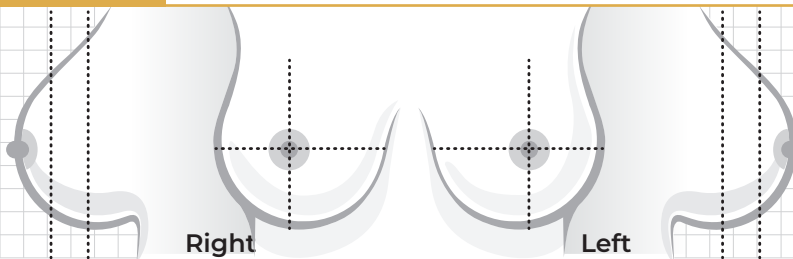
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BREAST EXAMINATION REQUEST

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Screening Mammogram with Additional Views and/or Ultrasound if Necessary for Inconclusive Mammogram | <input type="radio"/> Diagnostic Mammogram with Ultrasound if Necessary | <input type="radio"/> Ultrasound Guided Core Biopsy    |
| <input type="radio"/> Screening Mammogram   | <input type="radio"/> Breast Ultrasound                                 | <input type="radio"/> Stereotactic-Guided Core Biopsy  |
| <input type="radio"/> Diagnostic Mammogram  | <input type="radio"/> Breast MRI  | <input type="radio"/> MRI-Guided Core Biopsy           |
|   | <input type="radio"/> Ultrasound Guided Aspiration Possible 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"/> Elbow | ___ Right | ___ Left |
| <input type="radio"/> Brain        | <input type="radio"/> T-spine | <input type="radio"/> Ankle    | ___ Right | ___ Left | <input type="radio"/> Foot  | ___ Right | ___ Left |
| <input type="radio"/> Breast       | <input type="radio"/> L-spine | <input type="radio"/> Shoulder | ___ Right | ___ Left | <input type="radio"/> Hand  | ___ Right | ___ Left |
| <input type="radio"/> Pelvis       |                               | <input type="radio"/> Wrist    | ___ Right | ___ Left |                             |           |          |
| <input type="radio"/> Other: _____ |                               |                                |           |          |                             |           |          |

## MR ANGIOGRAPHY

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

## ULTRASOUND

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

## BONE DENSITOMETRY

- DEXA Scan

## SELECT REASON FOR PROCEDURE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> <b>Osteoporosis</b> (Must check diagnostic reason(s) below) | <input type="radio"/> <b>Osteopenia</b>                                      |
| ___ Post-Menopausal, Natural Status   | Disorder of the bone density and structure, multiple sites, or list site(s): |
| ___ Post-Menopausal, using HRT  | _____  |
| ___ Age-related osteoporosis without current pathological fracture                | _____  |
| ___ Fracture/suspected fracture (specify body part here) _____                    | ___ Monitoring to assess an FDA-approved osteoporosis drug therapy           |
| ___ Hyperparathyroidism   | ___ Long-term use of inhaled steroids list med(s) _____                      |
|   | ___ Long-term use of systemic steroids list med(s) _____                     |
|   | ___ Other _____  |
|   | <input type="radio"/> Other _____  |
|   | _____  |
|   | _____  |

Physician Signature

Date

Time

# MIAMI BREAST INSTITUTE

A Solis Mammography Company

1545 San Remo Avenue, Coral Gables, FL 33146

Descargue este formulario en: <https://www.MiamiBreastInstitute.com>



Programa por teléfono  
305.403.4930



Programa en línea  
MiamiBreastInstitute.com



Número de fax  
866.366.5798

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Teléfono del paciente

Médico

Fecha

Teléfono del médico

Fax del médico

NPI del médico

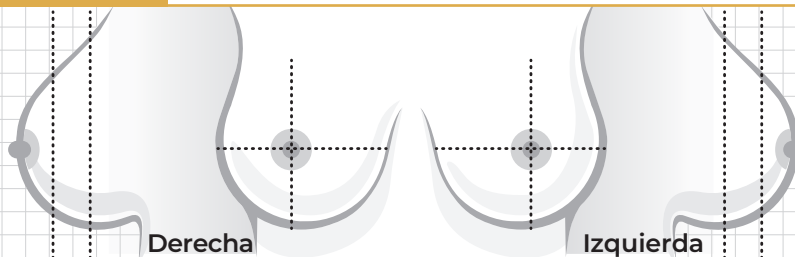
## HISTORIA CLÍNICA, SÍNTOMAS O MOTIVO DEL EXAMEN (OBLIGATORIO)

## SOLICITUD DE EXAMEN DE MAMA

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mamografía con vistas adicionales o ultrasonido si es necesario por una mamografía no concluyente | <input type="checkbox"/> Mamografía de diagnóstico con ultrasonido si es necesario | <input type="checkbox"/> Biopsia con punción guiada con ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Mamografía  | <input type="checkbox"/> Ultrasonido de mamas                                      | <input type="checkbox"/> Biopsia estereotáctica con punción         |
| <input type="checkbox"/> Mamografía de diagnóstico;  | <input type="checkbox"/> MRI de mamas  | <input type="checkbox"/> Biopsia con punción guiada con MRI         |
|  | <input type="checkbox"/> Posible biopsia con punción guiada con ultrasonido;       | <input type="checkbox"/> Localización con aguja percutánea          |

## SOLO PARA USO CLÍNICO

Indique el área de preocupación



## IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

Contraste  Con  Sin  Con y sin

- |                                      |   |                                  |                                  |                                    |                               |                                  |                                    |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen     | <input type="checkbox"/> Columna (cervical) | <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Cerebro     | <input type="checkbox"/> Columna (torácica) | <input type="checkbox"/> Tobillo | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Pie  | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Mama        | <input type="checkbox"/> Columna (lumbar)   | <input type="checkbox"/> Hombro  | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pelvis      |   | <input type="checkbox"/> Muñeca  | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Izquierda |                               |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |   |                                  |                                  |                                    |                               |                                  |                                    |

## ANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

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

## ULTRASONIDO

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

## DENSITOMETRÍA ÓSEA

- Escaneo DEXA

## SELECCIONE EL MOTIVO DEL PROCEDIMIENTO

Osteoporosis (debe marcar los motivos del diagnóstico abajo)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Posmenopáusica, estado natural   | <input type="checkbox"/> Seguimiento para evaluar una terapia con medicamentos para la osteoporosis aprobado por la FDA |
| <input type="checkbox"/> Posmenopáusicas, usando terapia de reemplazo hormonal (HRT)                | <input type="checkbox"/> Uso prolongado de medicamentos de la lista de esteroides inhalados _____                       |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis relacionada con la edad sin fractura patológica actual        | <input type="checkbox"/> Uso prolongado de medicamentos de la lista de esteroides sistémicos _____                      |
| <input type="checkbox"/> Fractura/sospecha de fractura (especifique la parte del cuerpo aquí) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo  |   |

Osteopenia

Trastorno de la densidad y estructura ósea, sitios múltiples o liste los sitios:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Firma del médico

Fecha

Hora