

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 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

ICD-10 CODE _____

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

- Screening Mammogram with Additional Views and/or Ultrasound if Necessary for Inconclusive Mammogram
- Screening Mammogram
- Diagnostic Mammogram
- Diagnostic Mammogram with 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

MRI

ICD-10 CODE _____

- Contrast** With Without
- Brain
 - Breast
 - Pelvis
 - Other: _____

- C-spine
- T-spine
- L-spine

- With & Without
- Knee ___ Right ___ Left
 - Ankle ___ Right ___ Left
 - Shoulder ___ Right ___ Left
 - Wrist ___ Right ___ Left

- Elbow ___ Right ___ Left
- Foot ___ Right ___ Left
- Hand ___ Right ___ Left

ULTRASOUND

ICD-10 CODE _____

- Pelvic
 - TA TV
- Abdomen/Gallbladder

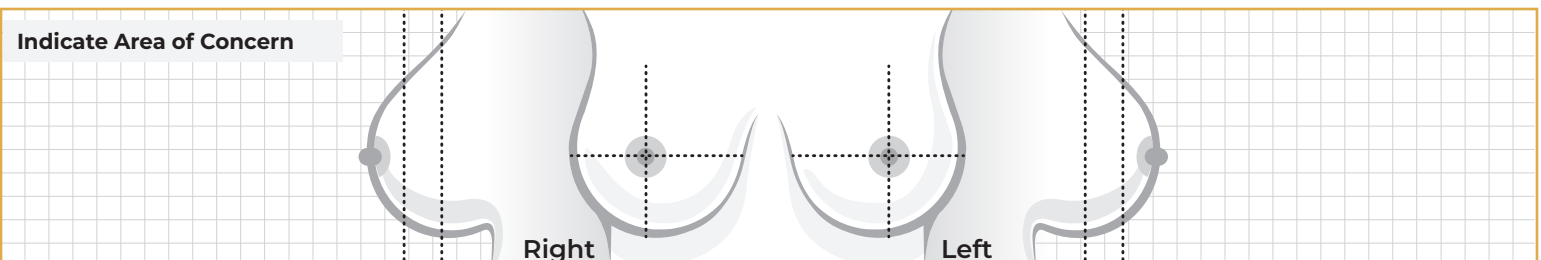
- Renal
- Thyroid
- Bladder
- Other: _____

BONE DENSITOMETRY

ICD-10 CODE _____

- DEXA Bone Densitometry

SELECT QUADRANT AND LATERALITY FOR DIAGNOSTIC EXAM



PHYSICIAN SIGNATURE

Stamped signatures are not allowed

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>



Programe una cita
por teléfono
305.403.4930



Programe una cita
en línea
MiamiBreastInstitute.com



Fax
866.366.5798

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Fecha de nacimiento Teléfono

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre (en letra de molde) NPI Fecha

Teléfono Fax Nombre del consultorio médico

DEBE DAR UN CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PARA QUE ESTA ORDEN SEA VÁLIDA. DÉ EL CÓDIGO NECESARIO PARA CADA ESTUDIO ORDENADO.

SOLICITUD DE EXAMEN DE MAMAS

CÓDIGO ICD-10 _____

CÓDIGO ICD-10 R92.2 - la mamografía no concluyente se usará para exámenes de citas posteriores de los pacientes.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Mamografía de control con vistas o ultrasonido extra si fuera necesario para mamografía no concluyente | <input type="radio"/> Mamografía de diagnóstico con ultrasonido si fuera necesario | <input type="radio"/> Biopsia por punción con aguja gruesa guiada por ultrasonido |
| <input type="radio"/> Mamografía de control | <input type="radio"/> Ultrasonido de mamas | <input type="radio"/> Biopsia guiada estereotáctica por punción con aguja gruesa |
| <input type="radio"/> Mamografía de diagnóstico | <input type="radio"/> MRI de mamas | <input type="radio"/> Biopsia por punción con aguja gruesa guiada por MRI |
| | <input type="radio"/> Aspiración guiada por ultrasonido posible biopsia por punción con aguja gruesa | <input type="radio"/> Localización de aguja percutánea |

MRI

CÓDIGO ICD-10 _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Contraste <input type="radio"/> Con <input type="radio"/> Sin | <input type="radio"/> Con y Sin | |
| <input type="radio"/> Cerebro <input type="radio"/> Columna cervical | <input type="radio"/> Rodilla ___ Derecho ___ Izquierdo | <input type="radio"/> Codo ___ Derecho ___ Izquierdo |
| <input type="radio"/> Mama <input type="radio"/> Columna torácica | <input type="radio"/> Tobillo ___ Derecho ___ Izquierdo | <input type="radio"/> Pie ___ Derecho ___ Izquierdo |
| <input type="radio"/> Pelvis <input type="radio"/> Columna lumbar | <input type="radio"/> Hombro ___ Derecho ___ Izquierdo | <input type="radio"/> Mano ___ Derecho ___ Izquierdo |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | <input type="radio"/> Muñeca ___ Derecho ___ Izquierdo | |

ULTRASONIDO

CÓDIGO ICD-10 _____

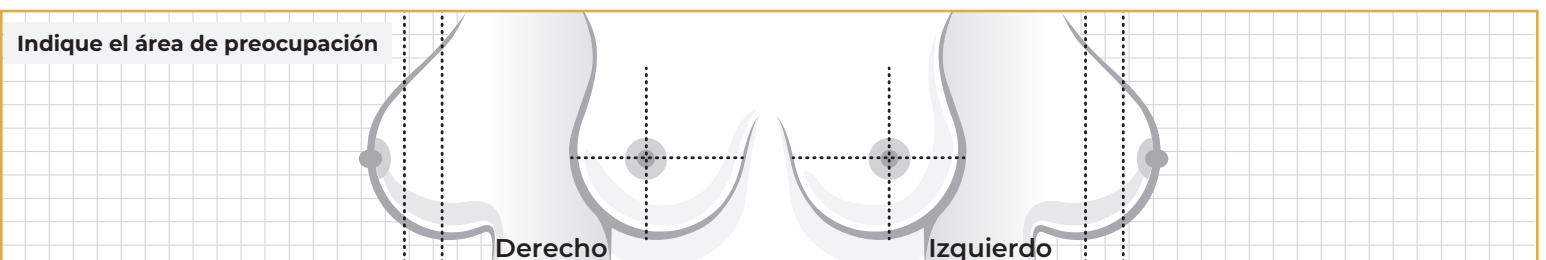
- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Pélvico <input type="radio"/> TA <input type="radio"/> TV | <input type="radio"/> Renal | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Abdomen/Vesícula biliar | <input type="radio"/>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

DENSITOMETRÍA ÓSEA

CÓDIGO ICD-10 _____

- DEXA Densitometría Ósea

SELECCIONE EL CUADRANTE Y LATERALIDAD PARA EL EXAMEN DE DIAGNÓSTICO



FIRMA DEL MÉDICO

No se permiten las firmas con sello

Firma del médico Fecha Hora