



IMÁGENES MÉDICAS DE CHESAPEAKE

POR FAVOR, PRESENTE ESTE FORMULARIO EN EL MOMENTO DE LA PROGRAMACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (último / primero) _____ PACIENTE TELÉFONO # _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE (se requiere impresión y firma) _____ FECHA _____

TELÉFONO DEL MÉDICO DE REFERENCIA _____ FAX # _____ Para reportar hallazgos críticos después de horas de llamada # _____

MOTIVO DEL EXAMEN _____ Informe de STAT phone necesario Informe de fax de estadísticas Enviar CD con el paciente

EL PEDIDO PUEDE MODIFICARSE DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO ESCRITO DEL DEPARTAMENTO. ESTO INCLUYE LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE.

Sin contraste – razón del estado para solicitar un examen sin contraste _____

IRM / ARM

HEAD AND NECK

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cerebro (70551 o 70553) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Posterior Fossa / CAI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glándula Pituitaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cerebro con compensación de movimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Protocolo de cerebro con convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cerebro con Neuroquant (76377) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cerebro (protocolo SM) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuello de tejido blando (70540 o 70543) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Órbitas (70540 o 70543) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ATM (70336) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cara (70540 o 70543) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COLUMNA VERTEBRAL

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cervical (72141 o 72156) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Torácico (72146 o 72157) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lumbar (72148 o 72158) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Columna vertebral completa (C-T-L) (72141, 72146, 72148) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sacro (72195 o 72197) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BODY

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tórax (71550 o 71552) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abdomen (74181 o 74183) <input type="checkbox"/> CPRM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pelvis (72195 o 72197) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enterografía (74183 o 72197) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Urografía (74183 o 72197) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Próstrata (72195 o 72197) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXTREMIDAD

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extremidad inferior; No conjunta (73718 o 73720) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tib/Fib <input type="checkbox"/> Fémur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pie / Dedo del pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Extremidad inferior; Conjunta (73721 o 73723) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Tobillo-hindfoot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Medio de los pies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Extremidad superior; No conjunta (73218 o 73220) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Plexo braquial <input type="checkbox"/> Antebrazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Escápula <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Húmero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Extremidad superior; Conjunta (73221 o 73223)

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ARTICULACIÓN CONJUNTA ESPECIFICAR _____
- Otro ESPECIFICA: _____

ARM ANGIOGRAFÍA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cabeza (70544) | <input type="checkbox"/> Cuello (70547 o 70548) |
| <input type="checkbox"/> Pecho (71555) | <input type="checkbox"/> Renal (74185) |
| <input type="checkbox"/> Pelvis (72198) | <input type="checkbox"/> Angiotac de aorta abdominal y extremidades inferiores (74185 o 73725 x2) |
| <input type="checkbox"/> Extremidad superior (73225) | |
| <input type="checkbox"/> Extremidad inferior (73725) | |

PET/TC (puede incluir TC de diagnóstico cuando sea necesario)

- Oncología (78815, 78816, 71260, 74177)
- TIPO DE CÁNCER _____
- Axumin (78815, 78816) Sólo próstata
- Cerebro (78608, 70450)
- Viabilidad cardíaca (78459)
- Dotatate (78815) Neuroendocrine Tumor solo
- Hueso (Fluoruro de sodio)
- Cuerpo entero (78816, 71250, 74176)
- Fase 3 Gammagrafía ósea (78814)
- ESPECIFICAR LA REGIÓN _____

MEDICINA NUCLEAR

- Exploración ósea del cuerpo entero (78306)
- SPECT (78320) ESPECIFICAR LA REGIÓN: _____
- Exploración ósea 3 Fase (78315) _____
- Limitado (78300) ESPECIFICAR LA REGIÓN: _____
- Vesícula / Hígado HIDA escanear (78226, 78227)
- Vaciado gástrico (78264, 78265)
- Paratiroides (78070, 78071, 78072)
- Renal MAG 3 con o sin LASIX (78707, 78708, 78709)
- Hígado / Bazo (78216) (78803)
- Escáner DaT (78803)
- Otro _____

ULTRASONIDO

- Abdomen (76700)
- CSD U/S [vesícula] (76705)
- Riñones y Vejiga (76770)
- Aorta (76775)
- Tiroides / Cuello (76536)
- Biopsia FNA (10005) ESPECIFICAR: _____
- Carótida doppler (93880)
- Tejido blando/Otro _____
- Escroto / Testículo [w/ Doppler si señalar] (76870)
- Pélvico con transvaginal (76856 and 76830)
- Transvaginal solo (76830)
- Venoso doppler [R/O DVT]
- Unilateral (93971) Bilateral (93970)
- Extremidad superior DERECHA IZQUIERDA
- Extremidad inferior DERECHA IZQUIERDA
- Extremidad inferior arterial
- Unilateral (93926) Bilateral (93925)
- DERECHA IZQUIERDA
- Cerebro neonatal (76506) [específico del sitio]
- Columna vertebral neonatal (76800) [específico del sitio]
- Pyloric stenosis (76705) [específico del sitio]
- Otro ESPECIFICAR: _____

OB

- Primer trimestre (76801)
- con Transvaginal [si se indica] (76817)
- Nuchal translucency (76813)
- Anatomía obstetricia (76805)
- Segundo o tercer trimestre (76816)
- limitado obstetricia (76815)

IMÁGENES MAMARIAS

- Mamografía de cribado (77063)
- Mamografía diagnóstica [w/ ultrasonido si se indica] (77062)
- Ultrasonido mamario (76642)

MRI

- Mamario con y sin contraste (77049)
- Implantes mamarios (77047)

- BIOPSIA DE MAMA** DERECHA IZQUIERDA BILATERAL
- Guiado por ultrasonido (19083) Estereotáctica (19081)

HSG (HISTEROOSALPINOGRAMA)

- HSG (74740)

DEXA

- Gammagrafía de densidad ósea (77080)

RAYO X

Realizado en forma de walk-in

- _____

TC

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen y Pelvis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Protocolo de piedra (74176) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Urograma (74178) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enterografía (74177) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia (74261) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sólo abdomen (74150, 74160) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sólo pelvis (72192, 72193) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cerebro (70450, 70470) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Órbitas (70480, 70482) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Seno (70486, 70488) <input type="checkbox"/> con lab cerebro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hueso temporal (IAC) (70480 or 70482) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pecho (71250, 71260, 71270) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuello tejido blando (70490, 70491, 70492) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Puntuación calcio [corazón] (75571) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Detección pulmonar [dosis baja] (G0297) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Extremidad superior (73200, 73201, 73202) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIFICAR: _____ <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA <input type="checkbox"/> BILATERAL | | |
| <input type="checkbox"/> Extremidad inferior (73700, 73701, 73702) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ESPECIFICAR: _____ <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA <input type="checkbox"/> BILATERAL | | |
| <input type="checkbox"/> Columna ESPECIFICAR: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
- RENDERIZADO 3D COMO SE INDICA

ATC IV CONTRASTE REQUERIDO

- Pecho ATC Descartar EP (71275)
- Coronario ATC (75574)
- TC Angiografía ESPECIFICAR: _____

INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN POR IMÁGENES

Por favor, llegue 30 minutos antes de a su examen. Por favor traiga:

- Identificación con foto
- Insurance tarjeta
- Script/pedido de su médico

TC (exámenes que requieren contraste intravenoso)

- Nada para comer 2 horas antes de su examen
- Beba abundantes líquidos
- El medicamento puede tomarse el día del examen

DEXA

- Abstenerse de suplementos de calcio las 24 horas prior a su examen
- Infórmenos de cualquier inyección reciente de bario, medicina nuclear y/o contraste

MAMOGRAFÍA

- Abstenerse de aplicar polvos, perfumes, lociones o desodorantes antes de su examen

IRM

Por favor, infórmanos en el momento de programar si dispones de una de las siguientes opciones:

- CLIPS DE ANEURISMA
- MARCAPASOS/DEFIBRILADOR
- IMPLANTES METÁLICOS EN EL CUERPO
- DISPOSITIVOS ESPINALES O BOMBAS DE DOLOR
- IMPLANTES DE OÍDO (COCLEARES)
- IUD
- DERIVACIONES
- STENTS

MEDICINA NUCLEAR

- Estos exámenes requieren el orden especial de un Isótopo antes de su estudio
- CMI ofrece especialidad Programación de su examen específico
- Recepción de Su pedido de imágenes CMI puede ser usted o su el médico se asegurará de que la exploración precisa está programada

PET/TC

- Estos exámenes requieren el orden especial de un isótopo antes de su estudio
- CMI ofrece programación de especialidades para su examen específico
- Según el tipo de cáncer, los exámenes oncológicos se realizan para todo el cuerpo o base de cráneo a muslo medio. La recepción de su solicitud de obtención de imágenes de CMI, ya sea por usted o por su médico, garantizará que se programe la exploración precisa
- PET/TC de todo el cuerpo – para melanoma, t-cell lymphoma, mieloma múltiple y sarcoma de las extremidades
- Cráneo a PET/TC de muslo medio – para todos los demás tipos de cancero
- SI NO HA TENIDO UNA TOMOGRAFÍA DIAGNÓSTICA DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS POR FAVOR INFORME A NUESTRO PERSONAL

ULTRASONIDO

- Exámenes pélvicos/renales/obstétricos, beber 24 oz de agua 1 hora antes del examen y abstenerse de anular
- Exámenes abdominales/vesículas, nada que eat 6 horas antes del examen

PROGRAMACIÓN DEL PACIENTE **855.455.8900**

PEDIDOS POR IMÁGENES — FAX A **855.455.8222**

Para obtener recursos adicionales e instrucciones de preparación, visite nuestro sitio web en cmirad.net

UBICACIONES DE IMÁGENES MÉDICAS DE CHESAPEAKE

ANNE ARUNDEL COUNTY

ANNAPOLIS

122 DEFENSE HWY, SUITE 102
3T MRI • 1.5T MRI • OPEN MRI • CT •
ULTRASOUND • 3D MAMMOGRAPHY •
DEXA • XRAY • WOMENS IMAGING

810 BESTGATE ROAD, SUITE 100
CT • PET/CT • ULTRASOUND

WEEMS CREEK MEDICAL CENTER
600 RIDGELY AVE, SUITE 100
CT

GLEN BURNIE

7801 ELVATON RD, SUITE 1
3T MRI • 1.5T MRI • CT • PET/CT •
ULTRASOUND • XRAY • NUCLEAR MEDICINE

BALTIMORE REGION

CATONSVILLE

910 FREDERICK RD
3T MRI

LUTHERVILLE/TOWSON

1312 BELLONA AVE, SUITE 102
3T MRI • CT • PET/CT • ULTRASOUND • XRAY

WHITE MARSH

8114 SANDPIPER CIR, SUITE 106
1.5T MRI • XRAY

EASTERN SHORE REGION

CHESTERTOWN

6602 CHURCH HILL RD, SUITE 150
1.5T MRI • OPEN MRI • ULTRASOUND

EASTON

401 PURDY ST, SUITE 104
3T MRI • CT • PET/CT • ULTRASOUND •
3D MAMMOGRAPHY • DEXA •
WOMENS IMAGING

STEVENSVILLE

130 LOVE POINT RD, SUITE 105
1.5T MRI • XRAY • ULTRASOUND

HOWARD COUNTY

FULTON (Maple Lawn)

11810 WEST MARKET PL, SUITE 102
3T MRI

PRINCE GEORGE'S COUNTY

BOWIE

4201 NORTHVIEW DR, SUITE 105
1.5T MRI • CT • PET/CT • ULTRASOUND •
XRAY • HYSTEROSALPINGOGRAPHY (HSG)