



## Horario para programar servicios - 7 a.m. a 7 p.m.

512-458-9098 (Línea de llamadas del consultorio del médico)

512-453-6100 (Línea directa de llamadas entrantes de pacientes)

Número gratuito: 800-998-8214 • (Toll Free 800-998-8214)

Por favor, utilice la siguiente lista para ayudarle a elegir una clínica de imágenes ambulatoria de ARA para acomodar su solicitud de examen (para su conveniencia, consulte el mapa numerado al dorso de esta página). Si desea información más actualizada de ubicación y servicio, póngase en contacto con el departamento de citas o visite el sitio web [www.ausrad.com](http://www.ausrad.com).

N.º DEL MAPA / CLÍNICA	N.º DEL MAPA / CLÍNICA	N.º DEL MAPA / CLÍNICA
<p><b>1 AUSTIN CENTER BOULEVARD</b>            CT, MRI 1.5T, mielogramas, ultrasonido (CT, 1.5T MRI, Myelograms, Ultrasound)            6818 Austin Center Blvd., Suite 101, Austin, TX 78731            512-795-8505 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 6:00 pm (MRI)            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm (ultrasonido)</p>	<p><b>8 MIDTOWN / AUSTIN VEIN CENTER*</b>            CT, radiología de intervención, radiología molecular, MRI 1.5T, tomografía por emisión de positrones (PET/CT), ultrasonido, rayos x (CT, Interventional Radiology, Molecular Radiology, 1.5T MRI, PET/CT, Ultrasound, X-ray)            901 West 38th Street, Suite 100, Austin, TX 78705            512-519-3456 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:30 am - 4:00 pm (CT)            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:30 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:30 am - 6:30 pm (PET/CT)            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm (Ultrasonido)</p>	<p><b>14 WESTLAKE</b>            Densitometría ósea, mamografía de detección y diagnóstico 3D, MRI 1.5T, MRI 3T, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, 3D Screening &amp; Diagnostic Mammography, 1.5T MRI, 3T MRI, Ultrasound, X-ray)            5656 Bee Caves Rd., Bldg. H, Suite 200, Austin, TX 78746            512-328-4984 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm (MRI)</p>
<p><b>2 CEDAR PARK &amp; CEDAR PARK WOMEN'S IMAGING</b>            Densitometría ósea, biopsia mamaria, mamografía de detección y diagnóstico 3D, CT, MRI 3T abierta, MRI 1.5T abierta y ultra corta, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, Breast Biopsy, 3D Screening &amp; Diagnostic Mammography, CT, 3T Open Bore MRI, 1.5T Ultra-Short Open-Bore MRI, Ultrasound, X-ray)            12800 West Parmer Lane, Suite 200, Cedar Park, TX 78613            512-485-7199 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:30 am - 7:00 pm (CT)            Lunes - Viernes 7:30 am - 10:00 pm (mamo)            Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:00 am - 6:00 pm (ultrasonido)</p>	<p><b>9 QUARRY LAKE*</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, fluoroscopia, radiología molecular, MRI 1.5T, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, Fluoroscopy, Molecular Radiology, 1.5T MRI, Ultrasound, X-ray)            4515 Seton Center Parkway, Suite 105, Austin, TX 78759            512-519-3402 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (CT)            Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:00 am - 6:00 pm (ultrasonido)</p>	<p><b>15 WILLIAM CANNON*</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, MRI 1.5T, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, 1.5T MRI, Ultrasound, X-ray)            2501 West William Cannon Dr., Bldg. 5, Austin, TX 78745            512-346-7311 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 5:30 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:30 am - 6:00 pm (ultrasonido)</p>
<p><b>3 CHILDREN'S IMAGING CENTER</b>            Fluoroscopia, MRI 1.5T, ultrasonido, rayos x (Fluoroscopy, 1.5T MRI, Ultrasound, X-ray)            1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 104, Austin, TX 78723            512-480-0761 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:30 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:30 am - 6:00 pm (ultrasonido)</p>	<p><b>10 ROCK CREEK PLAZA*</b>            (mira hacia IH-35 – vea las direcciones en el mapa) (faces IH-35 – see directions on map)            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, fluoroscopia, radiología molecular, MRI 1.5T, MRI 1.5T abierta y ultra corta, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, Fluoroscopy, Molecular Radiology, 1.5T MRI, 1.5T Ultra-Short Open-Bore MRI, Ultrasound, X-ray)            2120 North Mays, Suite 220, Round Rock, TX 78664            512-238-7195 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:30 am - 7:00 pm (CT)            Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (ultrasonido)</p>	<p><b>16 WILSON PARKE</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, MRI 3T abierta, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, 3T Open Bore MRI, Ultrasound, X-ray)            11714 Wilson Parke Ave., Suite 175, Austin TX 78726            512-519-3457 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 5:30 pm (MRI)</p>
<p><b>4 DRIPPING SPRINGS</b>            Densitometría ósea, mamografía de detección 3D, Ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, 3D Screening Mammography, Ultrasound, X-ray)            170 Benney Lane, #101, Dripping Springs, TX 78620            512-776-1176 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm</p>	<p><b>11 SAN MARCOS</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, radiología molecular, MRI 1.5T, tomografía por emisión de positrones (PET/CT), ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, Molecular Radiology, 1.5T MRI, PET/CT, Ultrasound, X-ray)            1348 Texas 123 South, Suite B, San Marcos, TX 78666            512-519-3431, 512-392-1831, 1-888-261-2149,            Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm (MRI)</p>	<p><b>17 WOMEN'S IMAGING CENTER-CENTRAL</b>            (ubicado en el Jefferson Building) (located in the Jefferson Building)            Densitometría ósea, biopsia mamaria, mamografía de detección y diagnóstico 3D, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, Breast Biopsy, 3D Screening and Diagnostic Mammography, Ultrasound, X-ray)            1600 West 38th Street, Suite 100, Austin, TX 78731            512-275-0013 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:30 pm</p>
<p><b>5 GEORGETOWN</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, MRI 1.5T, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, 1.5T MRI, Ultrasound, X-ray)            3201 South Austin Ave., Suite 105, Georgetown, TX 78626            512-519-3441, 512-863-4648, 1-888-339-5340            Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (MRI)            Lunes - Viernes 7:00 am - 5:30 pm (ultrasonido)</p>	<p><b>12 SOUTHWEST MEDICAL VILLAGE</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección, mamografía 3D, MRI 1.5T, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, 1.5T MRI, Ultrasound, X-ray)            5625 Eiger Rd., Suite 165, Austin, TX 78735            512-519-3474 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm (MRI)</p>	
<p><b>6 KYLE &amp; KYLE WOMEN'S IMAGING</b>            Densitometría ósea, biopsia mamaria, CT, mamografía de detección y diagnóstico 3D, MRI 3T abierta, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, Breast Biopsy, CT, 3D Screening &amp; Diagnostic Mammography, 3T Open-Bore MRI, Ultrasound, X-ray)            4211 Benner Rd., Suite 100, Kyle, TX 78640            512-776-1150 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (MRI)</p>	<p><b>13 SOUTHWOOD*</b>            Densitometría ósea, CT, mamografía de detección 3D, fluoroscopia, radiología molecular, MRI 1.5T, MRI 3T abierta, mielogramas, ultrasonido, rayos x (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, Fluoroscopy, Molecular Radiology, 1.5T MRI, 3T Open Bore MRI, Myelograms, Ultrasound, X-ray)            1701 West Ben White Blvd., Suite 170, Austin, TX 78704            512-428-9090 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:30 am - 7:00 pm (CT)            Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (MRI)            Lunes - Viernes 6:30 am - 10:30 pm (ultrasonido)</p>	
<p><b>7 MEDICAL PARK TOWER*</b>            (en el lado sudoeste del edificio) (on southwest side of building)            CT, MRI 3T abierta, MRI 1.5T abierta y ultra corta, ultrasonido, rayos x (CT, MRI, 3T Open Bore MRI, 1.5T Ultra-Short Open-Bore MRI, Ultrasound, X-ray)            1301 West 38th Street, Suite 118, Austin, TX 78705            512-454-7380 Fax 512-836-8899            Lunes - Viernes 8:00 am - 5:00 pm            Lunes - Viernes 7:00 am - 7:00 pm (CT)            Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (MRI)            Domingo 8:00 am - 5:00 pm (MRI, rayos x)</p>		

Todas las referencias deben enviarse por fax a los Servicios de Citas: Fax 512-836-8869

La solicitud de cita para mamografía preventiva/rutinaria puede hacerse en el sitio web [ausrad.com](http://ausrad.com).

Para todas las demás citas, vaya a nuestro sitio web y déjenos su número de teléfono o llámenos al 512-453-6100.

\*Por favor use el intercomunicador para entrar al edificio en caso de citas después de las horas normales.

### Kyle

**6**

4211 Benner Rd., Suite 100  
Kyle, TX 78640 (take exit 215 from IH35)

### Georgetown

**5**

3201 South Austin Ave., Suite 105  
Georgetown, TX 78626

### Wilson Parke

**16**

11714 Wilson Parke Ave., #175, Austin, TX 78726

### Austin

**1**

**17**

**7**

**8**

### Austin

**13**

**12**

### Austin

**12**

**15**

### Austin

**15**

Austin location addresses on reverse

### Austin

**3**

Strictly Pediatrics Subspecialty Center  
1301 Barbara Jordan Blvd #104

### Round Rock

**10**

2120 North Mays, Suite 220, Round Rock, TX 78664

### Dripping Springs

**4**

170 Benney Ln., Dripping Spring, TX 78620

### Quarry Lake

**9**

4515 Seton Center Pkwy, Suite 105, Austin, TX 78759

### Westlake

**14**

5656 Bee Caves Road, Bldg. H.  
Suite 200, Austin, TX 78746

### Cedar Park

**2**

12800 West Parmer Lane,  
Suites 200, Cedar Park, TX 78613

### San Marcos

**11**

1348-B Texas 123 South, San Marcos, TX 78666

### ROUTING INSTRUCTIONS

- PATIENT TO TAKE**  REPORT  CD
- SCHEDULER TO CALL PATIENT
- PATIENT TO CALL SCHEDULING
- ARA TO FAX APPOINTMENT CONFIRMATION TO PHYSICIAN

Non STAT Fax \_\_\_\_\_ STAT Fax \_\_\_\_\_

STAT Call Phone # \_\_\_\_\_ After Hours Phone # \_\_\_\_\_

ADDITIONAL REPORT TO \_\_\_\_\_

THE REPORT FOR EXAMS COMPLETED AFTER 4PM WILL BE FAXED THE FOLLOWING WORK DAY MORNING.

**SCHEDULING BY PATIENT: 512.453.6100 • SCHEDULING BY DOCTOR: 512.458.9098 • Scheduling Office Hours: 7AM - 7 PM**

**For imaging and/or interventional procedures that are not listed, please call 512.453.6100. • Fax: 512.836.8869 • Toll Free: 800.998.8214**

This referral sheet and insurance information are required at the time of your appointment. **PATIENTS CAN COMPLETE THEIR PAPERWORK PRIOR TO THEIR EXAM: GO TO [ausrad.com](http://ausrad.com)**

Patient name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Patient day #: \_\_\_\_\_ Mobile #: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

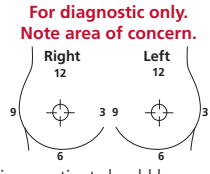
Special instructions: \_\_\_\_\_

Referring physician: \_\_\_\_\_ Ins. & authorization #: \_\_\_\_\_ Date ordered: \_\_\_\_\_

(PLEASE PRINT)

Appointment day: \_\_\_\_\_ Appointment time: \_\_\_\_\_

PLAIN FILMS (X-RAY)	MOLECULAR IMAGING & NUCLEAR RADIOLOGY	CT	APPOINTMENT NECESSARY
<p>SEE SPECIFIC LOCATION FOR HOURS</p> <p>Abdomen <input type="checkbox"/> 1 View (KUB) <input type="checkbox"/> 2 View</p> <p>Chest <input type="checkbox"/> 2 View <input type="checkbox"/> 1 View</p> <p>Extremity (specify) _____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p> <p>Sinuses (specify) _____</p> <p>Spine (specify) _____</p> <p>Other (specify) _____</p>	<p>APPOINTMENT NECESSARY</p> <p>Bone Scan (with plain films and/or SPECT/CT if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Total Bone <input type="checkbox"/> Limited area _____ <input type="checkbox"/> SPECT</p> <p><input type="checkbox"/> 3Phase for infection/osteomyelitis, loose hardware</p> <p>Gastric Emptying Scan</p> <p>HIDA Scan with CCK</p> <p>I-123 Whole Body Scan <input type="checkbox"/> w/Thyrogen <input type="checkbox"/> w/SPECT/CT</p> <p>Lymphoscintigraphy <input type="checkbox"/> Injection only <input type="checkbox"/> w/SPECT/CT</p> <p>Liver Spleen Scan</p> <p>Liver SPECT Scan (RBC tag) for hemangioma</p> <p>Meckel's Scan w/SPECT/CT</p> <p>MUGA Scan for LVEF (resting only)</p> <p>Parathyroid Scan w/SPECT/CT &amp; sono if needed</p> <p>Renal Scan w/diff function <input type="checkbox"/> w/Lasix <input type="checkbox"/> Cortical Imaging</p> <p>Thyroid Scan w/Uptake (w/sono if needed)</p> <p>Thyroid Scan (w/sono if needed)</p> <p>Radioiodine Treatment for Hyperthyroidism</p> <p>Radioiodine Treatment for Cancer <input type="checkbox"/> w/Thyrogen</p> <p>I-131 Post Treatment Scan: 5-10 days post Tx</p> <p>Brain SPECT/CT <input type="checkbox"/> NeuroLite <input type="checkbox"/> DaTScan</p> <p>OctreoScan w/SPECT/CT</p> <p>ProstaScint Scan w/SPECT/CT</p> <p>White Blood Cell Scan (WBC) for infection</p> <p><input type="checkbox"/> w/SPECT/CT (w/marrow mapping if needed)</p> <p>I-123 MIBG w/SPECT/CT</p> <p>Other _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Chest (Thorax)</p> <p><input type="checkbox"/> Chest for Interstitial Lung Disease</p> <p><input type="checkbox"/> Chest Superdimensional Protocol</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen (w/pelvis if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen &amp; Pelvis <input type="checkbox"/> Abdomen Only <input type="checkbox"/> Pelvis Only</p> <p><input type="checkbox"/> Enterography/Small Bowel - must list secondary diagnosis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Renal Calculi (abd/pel w/o contrast)</p> <p><input type="checkbox"/> CT-IVP / Hematuria Protocol</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical Spine <input type="checkbox"/> Lumbar Spine <input type="checkbox"/> Thoracic Spine</p> <p><input type="checkbox"/> Brain</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal Bone</p> <p><input type="checkbox"/> Limited Sinus <input type="checkbox"/> Complete Sinus</p> <p><input type="checkbox"/> IGS (Image Guided Sinus Surgery)</p> <p>Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Orbits</p> <p><input type="checkbox"/> Soft Tissue Neck <input type="checkbox"/> Do not administer oral contrast</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium Scoring <input type="checkbox"/> Do not administer IV contrast</p> <p><input type="checkbox"/> Virtual Colonoscopy</p> <p><input type="checkbox"/> Extremity (specify) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><b>CT Lung Screening must be ordered using a specific eligibility/referral form available at <a href="http://www.ausrad.com/requests">www.ausrad.com/requests</a>.</b></p> <p>If CT &amp; PET needed, call scheduling at 512.458.9098.</p> <p>CONTRAST &amp; ADDITIONAL VIEWS AT DISCRETION OF RADIOLOGIST.</p>	
<p><b>BONE DENSITOMETRY</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p><input type="checkbox"/> Bone Densitometry</p>			
<p><b>FLUOROSCOPY</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p><input type="checkbox"/> Barium Swallow _____</p> <p><input type="checkbox"/> Upper GI</p> <p><input type="checkbox"/> Small Bowel</p> <p><input type="checkbox"/> Barium Enema</p> <p><input type="checkbox"/> Hysterosalpingogram (HSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Voiding Cystogram (VCUG)</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>			
<p><b>MRI</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p><input type="checkbox"/> Brain</p> <p><input type="checkbox"/> Brain MS Protocol</p> <p><input type="checkbox"/> MS Spine <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> L</p> <p><input type="checkbox"/> IACS</p> <p><input type="checkbox"/> Orbits (check appropriate)</p> <p><input type="checkbox"/> Pituitary</p> <p><input type="checkbox"/> Soft Tissue Neck</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical Spine</p> <p><input type="checkbox"/> Thoracic Spine</p> <p><input type="checkbox"/> Lumbar Spine</p> <p><input type="checkbox"/> SI Joints</p> <p><input type="checkbox"/> Sacral Plexus</p> <p><input type="checkbox"/> Brachial Plexus <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p> <p><input type="checkbox"/> Defecography</p> <p><input type="checkbox"/> Enterography</p> <p><input type="checkbox"/> MRCP w/Abdomen &amp; 3D - must list secondary diagnosis:</p> <p><input type="checkbox"/> MR Arthrogram Joint _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>CONTRAST &amp; ADDITIONAL VIEWS AT DISCRETION OF RADIOLOGIST. SCREENING ORBITS WILL BE PERFORMED AS NECESSARY.</p> <p><input type="checkbox"/> Do not administer IV contrast</p>	<p><b>BREAST IMAGING</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p><input type="checkbox"/> Bone Densitometry &amp; Screening Mammogram <input type="checkbox"/> 3D</p> <p><input type="checkbox"/> Screening Mammogram <input type="checkbox"/> 3D (with diagnostic mammogram and US if inconclusive)</p> <p><input type="checkbox"/> Screening Mammogram <input type="checkbox"/> 3D</p> <p><input type="checkbox"/> Complete Diagnostic Mammography Work-up <input type="checkbox"/> 3D (may include US, biopsy and/or cyst aspiration if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic Mammogram <input type="checkbox"/> 3D (with breast US if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Male Diagnostic Mammogram w/US prn (males 25 or older)</p> <p><input type="checkbox"/> Screening Breast Ultrasound (Dense Breasts/Asymptomatic)</p> <p><input type="checkbox"/> Ultrasound Breast Limited <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R (Indicate area of concern) (w/diagnostic mammo, if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Ultrasound Breast Complete Diagnostic <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R (Symptomatic Non Focal) (w/diagnostic mammo, if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Breast MRI w/w/o contrast (Diagnostic - Patient should be scheduled 7-10 days from start of menstrual cycle) (indicate area of concern)</p> <p><input type="checkbox"/> Breast MRI w/o contrast (implant evaluation)</p> <p><input type="checkbox"/> Male Ultrasound Breast Only (males under 25)</p> <p><input type="checkbox"/> Breast Biopsy (w post procedure mammo)</p> <p><input type="checkbox"/> Galactogram/Ductogram</p> <p><input type="checkbox"/> Abbreviated Breast MRI (Screening - patient should be scheduled 7-10 days from start of menstrual cycle)</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p><b>CTA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chest - Aorta / Great Vessels</p> <p><input type="checkbox"/> Chest - for Pulmonary Embolism</p> <p><input type="checkbox"/> Perforator Protocol <input type="checkbox"/> Chest/Abdomen/Pelvis <input type="checkbox"/> Abdomen/Pelvis <input type="checkbox"/> Abdomen/Pelvis w/ Lower Extremities</p> <p><input type="checkbox"/> Heart - Coronary Arteries</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen / Pelvis - Mesenteric Arteries</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen / Pelvis - Perforator Protocol</p> <p><input type="checkbox"/> Renal Arteries</p> <p><input type="checkbox"/> AAA / Endograft (PRE- or POST- placement)</p> <p><input type="checkbox"/> Run-off of Bilateral Lower Extremities w/ Abdomen &amp; Pelvis</p> <p><input type="checkbox"/> Run-off of Bilateral Lower Extremities with Pelvis</p> <p><input type="checkbox"/> Brain</p> <p><input type="checkbox"/> Carotids</p> <p><input type="checkbox"/> Extremity (specify) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><b>CTV</b></p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen / Pelvis</p> <p><input type="checkbox"/> Pelvis</p> <p><input type="checkbox"/> Intracranial</p>	
<p><b>OTHER</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p><input type="checkbox"/> IVP (with Sono, if needed)</p> <p><input type="checkbox"/> Uterine Fibroid Treatment Consult</p> <p><input type="checkbox"/> Varicose Vein Treatment Consult</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p><b>PET / CT</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p>Prescheduling form required - please call to schedule. Give 48 hours cancellation or reschedule notice.</p>	<p><b>ULTRASOUND</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p>ANY STUDY MAY REQUIRE DOPPLER EVALUATION AT DISCRETION OF RADIOLOGIST.</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen Complete <input type="checkbox"/> Pelvic Transabdominal &amp; Transvaginal</p> <p><input type="checkbox"/> Obstetrical Transabdominal <input type="checkbox"/> Pelvic (Transvaginal Only)</p> <p><input type="checkbox"/> Obstetrical Transvaginal &amp; <input type="checkbox"/> Pelvic (Transabdominal Only) Transabdominal</p> <p><input type="checkbox"/> Carotid Doppler</p> <p><input type="checkbox"/> Venous Doppler <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg</p> <p><input type="checkbox"/> Arterial Duplex (Complete NIPS): <input type="checkbox"/> Arms <input type="checkbox"/> Legs</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid</p> <p><input type="checkbox"/> Testicular (includes Doppler)</p> <p><input type="checkbox"/> Ankle-Brachial Indices (Limited NIPS)</p> <p><input type="checkbox"/> Renal</p> <p><input type="checkbox"/> Aorta</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	
<p><b>MYELOGRAM w/CT TO FOLLOW</b> APPOINTMENT NECESSARY</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Lumbar <input type="checkbox"/> Cisternography</p> <p><input type="checkbox"/> Thoracic <input type="checkbox"/> Entire spine <input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p><b>For MRI and CT contrast studies, creatinine testing will be performed for patients meeting contrast screening guidelines.</b></p>		



# AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION

## INSTRUCCIONES DE EXAMEN:

### (EXAMINATION INSTRUCTIONS)

#### ENEMA DE BARIO

1. Obtenga un kit LOSO Prep. (El kit LOSO Prep se puede obtener en cualquier ubicación en la ARA.)
2. Siga las instrucciones para la preparación de 24 horas.
3. Después de medianoche, no coma ni beba nada.

#### TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

1. En la noche antes de su examen, coma una cena ligera. Limite la cena a cosas como un pequeño sándwich, gelatina, sopa o ambos.
2. Después de medianoche, no coma ni beba nada, ni fume ni mastique goma de mascar hasta después del examen.

#### INTESTINO DELGADO

1. En la noche antes de su examen, coma una cena ligera. Limite la cena a cosas como un pequeño sándwich, gelatina, sopa o ambos.
2. Compre una botella de LECHE DE MAGNESIA. A las 9:00 pm, en la noche anterior a su examen, tome dos (2) cucharadas de LECHE DE MAGNESIA.
3. Después de medianoche, no coma ni beba nada hasta después del examen. Eso incluye no fumar ni goma de mascar.
4. **POR FAVOR, TOME NOTA QUE EL EXAMEN PUEDE DURAR VARIAS HORAS.**

#### IVP\*

1. El día antes de su examen, tome seis (6) a ocho (8) vasos de 8 onzas fluidas (1/4 de litro) de líquido claro entre el almuerzo y la cena.
2. En la noche antes de su examen, coma una cena ligera. Limite la cena a cosas como un pequeño sándwich, gelatina, sopa o ambos. No beba ni coma ningún producto lácteo.
3. Entre las 5:00 pm y las 9:00 pm, tome dos (2) tabletas de DULCOLAX o Bisacodyl U.S.P. **NOTA: NO TOME LAS TABLETAS DE DULCOLAX NI BISACODYL DENTRO DEL LAPSO DE UNA HORA DESPUÉS DE TOMAR LECHE O ANTIÁCIDOS.**
4. Después de medianoche, no coma nada hasta después del examen. Puede beber líquidos claros antes de su examen.

#### ULTRASONIDO\* PÉLVICO/OBSTÉTRICA

1. Una hora antes del comienzo del examen, termine de tomar 32 onzas (aprox. un litro) de líquido. LA VEJIGA DEBE ESTAR LLENA PARA EL EXAMEN.
2. NO VACÍE la vejiga hasta después del examen.

#### ULTRASONIDO ABDOMINAL

1. Exámenes de la mañana: Después de medianoche, no coma ni beba nada hasta después del examen.
2. Exámenes de la tarde: DESAYUNO BAJO EN GRASAS antes de las 8:00 am (sin leche, mantequilla, crema, queso y/o mantequilla de maní), después nada de comer ni beber antes del examen.

#### ULTRASONIDO RENAL\*

1. Treinta (30) minutos antes del comienzo del examen, termine de tomar 24 onzas (aprox. 3/4 litro) de líquido.
2. NO VACÍE la vejiga hasta después del examen.
3. Por favor, no coma ni beba nada seis (6) horas antes del examen.

#### MAMOGRAFÍA (La solicitud en línea de cita, o para mamografía rutinaria está disponible en [www.ausrad.com](http://www.ausrad.com).)

1. Antes del examen, límpiese los senos bien.
2. No use desodorantes ni polvos en las axilas o áreas de los senos. Puede usarse alcohol de fricción como antiperspirante.
3. Se recomienda usar un vestuario de dos piezas.

#### CT/MRI

1. Llame al lugar de su cita para obtener instrucciones de preparación.

#### PET\*

1. No practique ninguna actividad extenuante por 24 horas antes del examen.
2. El día antes de su examen, tome seis (6) a ocho (8) vasos de 8 onzas fluidas (1/4 de litro) de agua entre el almuerzo y la cena.
3. Si el examen es antes de la 1:00 pm, no coma nada después de la medianoche.
4. Si el examen es después de la 1:00 pm, por favor llame al 512-453-6100 para obtener instrucciones adicionales.
5. Tome sus medicamentos normales.
6. Las personas diabéticas, por favor llamen al 512-453-6100 para obtener instrucciones adicionales.

\*Los pacientes que tengan restringida la ingestión de líquidos deben pedirle instrucciones a sus médicos.