

AUSTIN CENTER BOULEVARD & AUSTIN

CENTER BOULEVARD WOMEN'S IMAGING

Densitometría ósea, biopsia de mama, mamografía de detección y diagnóstico de 3D, IRM de perforación abierta de 3T, ultrasonido, (Bone Densitometry, Breast Biopsy, 3D Screening & Diagnostic Mammography, 3T Open Bore MRI, 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

CEDAR PARK & CEDAR PARK WOMEN'S IMAGING

Densitometría ósea, biopsia de mama, mamografía de detección y diagnóstico de 3D, TC, IRM de perforación abierta de 3T, IRM de perforación abierta ultra corta de 1.5T, ultrasonido, rayos X (Bone Densitometry, Breast Biopsy, 3D Screening & 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 7:00 am - 11:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 7:00 am - 9:00 pm (mamografía)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (ultrasonido)

CHILDREN'S IMAGING CENTER

Fluoroscopia, IRM de 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 (IRM)
Lunes - Viernes 7:30 am - 6:00 pm (ultrasonido)

DRIPPING SPRINGS

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

GEORGETOWN

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección 3D, IRM de 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 - 6:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 7:00 am - 5:00 pm (mamografía)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:00 am - 6:00 pm (ultrasonido)

KYLE & KYLE WOMEN'S IMAGING

Densitometría ósea, biopsia de mama, TC, mamografía de detección y diagnóstico de 3D, MRI 3T abierta, ultrasonido, rayos X (Bone Densitometry, Breast Biopsy, CT, 3D Screening & 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 7:30 am - 7:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:30 am - 7:30 pm (ultrasonido)

MANOR

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección y diagnóstico de 3D, IRM de perforación abierta de 3T, ultrasonido, rayos X (Bone Densitometry, 3D Screening & Diagnostic Mammography, 3T Open Bore MRI, 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

MEDICAL PARK TOWER*

(en el lado sudoeste del edificio) (on southwest side of building)
TC, detección y diagnóstico de 3D, IRM de perforación abierta de 3T, IRM de perforación abierta ultra corta de 1.5T, 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 7:30 am - 7:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 8:00 am - 9:00 pm (rayos X)
Sábado - Domingo 8:00 am - 5:00 pm (IRM, rayos X)

MIDTOWN / AUSTIN VEIN CENTER*

TC, radiología intervencional, radiología molecular, IRM de 1.5T, tomografía por emisión de positrones (PET/TC), 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 - 7:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 8:00 am - 7:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:00 am - 7:00 pm (PET/TC)

QUARRY LAKE*

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, fluoroscopia, radiología molecular, IRM de 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 - 10:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:00 am - 6:00 pm (ultrasonido)

ROCK CREEK PLAZA*

(Mire hacia la IH-35)
Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, fluoroscopia, radiología molecular, IRM de 1.5T, IRM de perforación abierta ultra corta de 1.5T, 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 7:00 am - 7:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:00 am - 11:00 pm (ultrasonido)

SAN MARCOS

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, radiología molecular, MRI de 1.5T, tomografía por emisión de positrones (PET/TC), ultrasonido, rayos X (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, Molecular Radiology, 1.5T MRI, PET/TC, 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 - 5:00 pm
Lunes - Viernes 7:00 am - 5:30 pm (IRM)

SOUTHWEST MEDICAL VILLAGE

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, MRI de 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 7:30 am - 7:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 8:00 am - 6:00 pm (IRM)

SOUTHWOOD*

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, fluoroscopia, radiología molecular, MRI de 1.5T, IRM de perforación abierta de 3T, mielografías, ultrasonido, rayos X (Bone Densitometry, CT, 3D Screening Mammography, Fluoroscopy, Molecular Radiology, 1.5T MRI, 3T Open Bore MRI, Myelogram, 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 (TC)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (IRM)
Lunes - Viernes 6:30 am - 11:00 pm (ultrasonido)

WESTLAKE

Densitometría ósea, biopsia de mama, mamografía de detección y diagnóstico de 3D, MRI de 1.5T, IRM de 3T, ultrasonido, rayos X (Bone Densitometry, Breast Biopsy, 3D Screening & 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 (IRM)

WILLIAM CANNON*

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, MRI de 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 7:30 am - 7:00 pm (TC)
Lunes - Viernes 7:00 am - 5:30 pm (IRM)
Lunes - Viernes 7:30 am - 6:00 pm (ultrasonido)

WILSON PARKE

Densitometría ósea, TC, mamografía de detección de 3D, IRM de perforación abierta de 3T, 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 6:30 am - 11:00 pm (IRM)



Línea dedicada al proveedor:
(512) 458-9098
(512) 836-8869 fax



Muchos exámenes se pueden programar en línea.
Visite ausrad.com/scheduling.



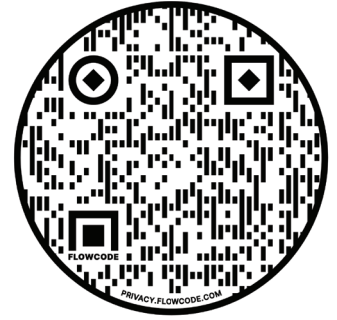
Hay horarios extendidos en muchos centros. Sólo tiene que preguntarle a nuestros programadores.



Sepa antes de ir usando el estimador de gastos en ausrad.com.

VEA LOS MAPAS Y EL CÓDIGO QR EN EL REVERSO. 

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



ESCANÉEME

PARA CONOCER LAS UBICACIONES Y LAS RUTAS.

1 AUSTIN CENTER BOULEVARD & ACB WOMEN'S IMAGING

2 CEDAR PARK & CEDAR PARK WOMEN'S IMAGING

3 CHILDREN'S IMAGING CENTER

4 DRIPPING SPRINGS

5 GEORGETOWN

6 KYLE & KYLE WOMEN'S IMAGING

7 MANOR

8 MEDICAL PARK TOWER

9 MIDTOWN / AUSTIN VEIN CENTER

10 QUARRY LAKE

11 ROCK CREEK PLAZA

12 SAN MARCOS

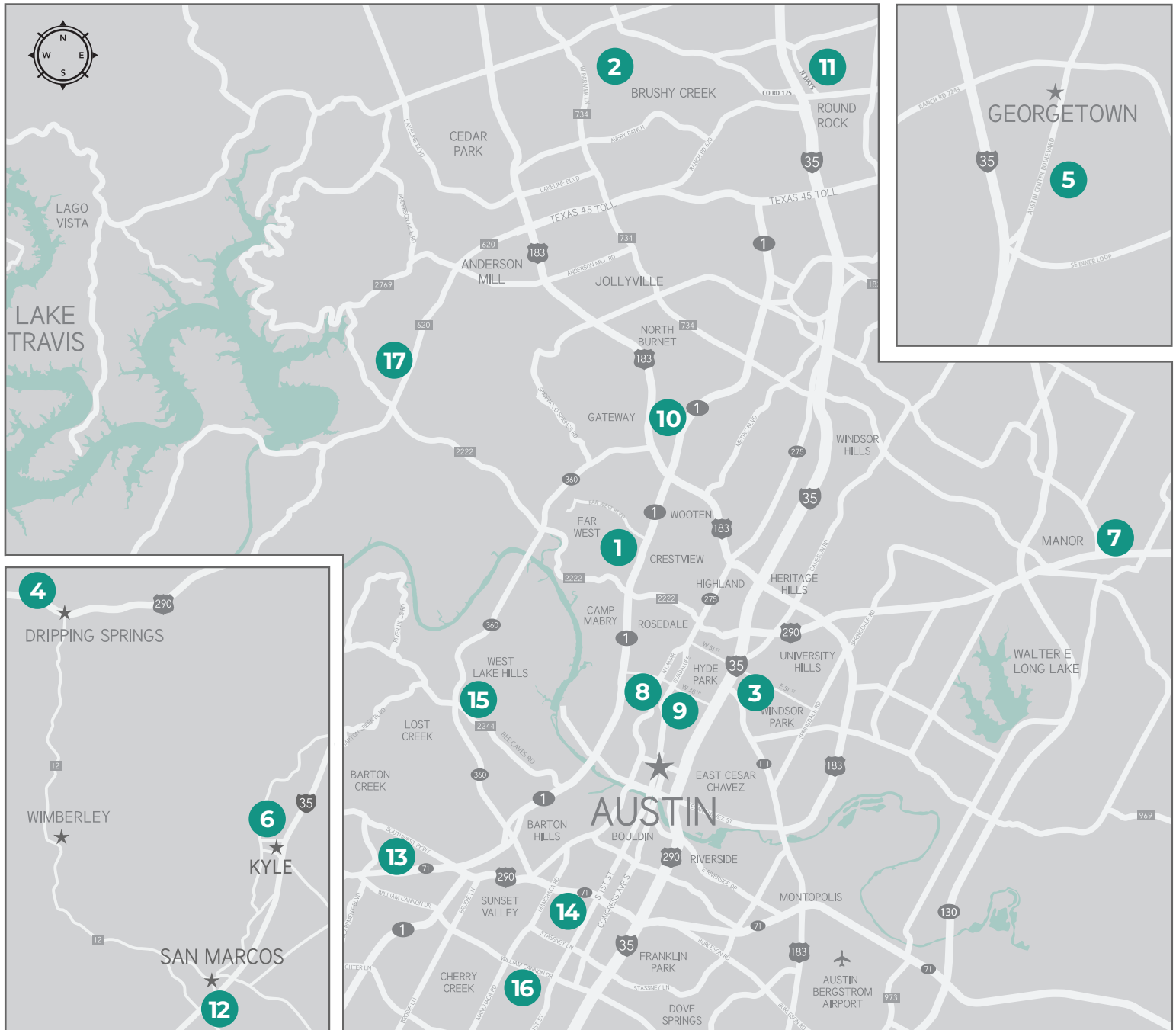
13 SOUTHWEST MEDICAL VILLAGE

14 SOUTHWOOD

15 WESTLAKE

16 WILLIAM CANNON

17 WILSON PARKE



VEA LAS UBICACIONES Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO EN EL REVERSO.

For specific site hours and maps, see reverse side.

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 # _____
 STAT exams may require clinical urgency review with insurance company. Fax clinical notes to ARA at 512.977.8200.
 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**

Patient name: _____ D.O.B.: _____ Patient day #: _____ Mobile #: _____

Diagnosis: _____

Special instructions: _____

Referring physician: _____ Physician signature: _____ Date ordered: _____

NAME - PLEASE PRINT

Ins. & authorization #: _____ Appointment day: _____ Appointment time: _____

PLAIN FILMS (X-RAY)	MOLECULAR IMAGING & NUCLEAR RADIOLOGY	CT	APPOINTMENT NECESSARY
SEE SPECIFIC LOCATION FOR HOURS <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> 1 View (KUB) <input type="checkbox"/> 2 View <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> 2 View <input type="checkbox"/> 1 View <input type="checkbox"/> Extremity (specify) _____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Sinuses (specify) _____ <input type="checkbox"/> Spine (specify) _____ <input type="checkbox"/> Other (specify) _____	APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Bone Scan (with plain films and/or SPECT/CT if needed) <input type="checkbox"/> Total Bone <input type="checkbox"/> Limited area _____ <input type="checkbox"/> SPECT/CT <input type="checkbox"/> 3Phase for infection/osteomyelitis, loose hardware <input type="checkbox"/> Gastric Emptying Scan <input type="checkbox"/> HIDA Scan with CCK <input type="checkbox"/> I-123 Whole Body Scan <input type="checkbox"/> w/Thyrogen <input type="checkbox"/> w/SPECT/CT <input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphy <input type="checkbox"/> Injection only <input type="checkbox"/> w/SPECT/CT <input type="checkbox"/> Liver Spleen Scan <input type="checkbox"/> Liver SPECT/CT (RBC tag) for hemangioma <input type="checkbox"/> Heat Damaged RBC w/SPECT/CT for splenule <input type="checkbox"/> Meckel's Scan w/SPECT/CT <input type="checkbox"/> MUGA Scan for LVEF (w/sono if needed) <input type="checkbox"/> Parathyroid Scan w/SPECT/CT & sono if needed <input type="checkbox"/> Renal Scan w/diff function <input type="checkbox"/> w/Lasix <input type="checkbox"/> Cortical Imaging <input type="checkbox"/> Thyroid Scan w/Uptake (w/sono if needed) <input type="checkbox"/> Thyroid Scan (w/sono if needed) <input type="checkbox"/> Radioiodine Treatment for Hyperthyroidism <input type="checkbox"/> Radioiodine Treatment for Cancer <input type="checkbox"/> w/Thyrogen <input type="checkbox"/> I-131 Post Treatment Scan: 5-10 days post Tx <input type="checkbox"/> Brain SPECT/CT <input type="checkbox"/> Neurolite <input type="checkbox"/> DaTScan <input type="checkbox"/> OctreoScan w/SPECT/CT (PET/CT is preferred modality) <input type="checkbox"/> White Blood Cell (WBC) Scan for infection w/SPECT/CT (w/marrow mapping if needed) <input type="checkbox"/> I-123 MIBG w/SPECT/CT <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Chest (Thorax) <input type="checkbox"/> Chest for Interstitial Lung Disease <input type="checkbox"/> Chest Superdimensional Protocol <input type="checkbox"/> Abdomen (w/pelvis if needed) <input type="checkbox"/> Abdomen & Pelvis <input type="checkbox"/> Abdomen Only <input type="checkbox"/> Pelvis Only <input type="checkbox"/> Enterography/Small Bowel - must list secondary diagnosis <input type="checkbox"/> Renal Calculi (abd/pel w/o contrast) <input type="checkbox"/> CT-IVP / Hematuria Protocol <input type="checkbox"/> Cervical Spine <input type="checkbox"/> Lumbar Spine <input type="checkbox"/> Thoracic Spine <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Temporal Bone <input type="checkbox"/> Limited Sinus <input type="checkbox"/> Complete Sinus <input type="checkbox"/> IGS (Image Guided Sinus Surgery) Specify: _____ <input type="checkbox"/> Orbits <input type="checkbox"/> Soft Tissue Neck <input type="checkbox"/> Do not administer oral contrast <input type="checkbox"/> Calcium Scoring <input type="checkbox"/> Do not administer IV contrast <input type="checkbox"/> Virtual Colonoscopy <input type="checkbox"/> Extremity (specify) _____ <input type="checkbox"/> Other _____	APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Bone Densitometry
BONE DENSITOMETRY APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Bone Densitometry	FLUOROSCOPY APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Barium Swallow _____ <input type="checkbox"/> Upper GI _____ <input type="checkbox"/> Small Bowel _____ <input type="checkbox"/> Lumbar Puncture _____ <input type="checkbox"/> Barium Enema <input type="checkbox"/> w pressures <input type="checkbox"/> w/o pressures <input type="checkbox"/> Hysterosalpingogram (HSG) <input type="checkbox"/> w lab work <input type="checkbox"/> w/o lab work <input type="checkbox"/> Voiding Cystogram (VCUG) PLEASE ATTACH LAB ORDERS <input type="checkbox"/> Other _____	CT Lung Screening must be ordered using a specific eligibility/referral form available at www.ausrad.com/requests. If CT & PET needed, call scheduling at 512.458.9098. CONTRAST & ADDITIONAL VIEWS AT DISCRETION OF RADIOLOGIST.	APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> MRI
MRI APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Chest Wall <input type="checkbox"/> Brain MS Protocol <input type="checkbox"/> Cardiac <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> MS Spine <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> TMJ <input type="checkbox"/> IACs <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Orbits (check appropriate) <input type="checkbox"/> Elbow <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Pituitary <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Soft Tissue Neck <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Cervical Spine <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Thoracic Spine <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Lumbar Spine <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> SI Joints <input type="checkbox"/> Foot <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Sacral Plexus <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Brachial Plexus <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Defecography <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Enterography <input type="checkbox"/> Tib/Fib <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> MRCP w/Abdomen & 3D - must list secondary diagnosis: <input type="checkbox"/> MR Arthrogram Joint _____ <input type="checkbox"/> Other _____ CONTRAST & ADDITIONAL VIEWS AT DISCRETION OF RADIOLOGIST. SCREENING ORBITS WILL BE PERFORMED AS NECESSARY. <input type="checkbox"/> Do not administer IV contrast	BREAST IMAGING APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Bone Densitometry & Screening Mammogram with 3D <input type="checkbox"/> Screening Mammogram with 3D (with 3D diagnostic mammogram and US if inconclusive) <input type="checkbox"/> Screening Mammogram with 3D <input type="checkbox"/> Complete Diagnostic Mammography Work-up with 3D (may include US, biopsy and/or cyst aspiration if needed) <input type="checkbox"/> Diagnostic Mammogram with 3D (with breast US if needed) <input type="checkbox"/> Male Diagnostic Mammogram with 3D, US prn (25 or older) <input type="checkbox"/> Screening Breast Ultrasound (Dense Breasts/Asymptomatic) <input type="checkbox"/> Ultrasound Breast Limited <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R (Indicate area of concern) (w/3D diagnostic mammo, if needed) <input type="checkbox"/> Ultrasound Breast Complete Diagnostic <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R (Symptomatic Non Focal) (w/3D diagnostic mammo, if needed) <input type="checkbox"/> Breast MRI w/w/o contrast (Diagnostic - Patient should be scheduled 7-14 days from start of menstrual cycle) (indicate area of concern) <input type="checkbox"/> Breast MRI w/o contrast (implant evaluation) <input type="checkbox"/> Male Ultrasound Breast Only (males under 25) <input type="checkbox"/> Breast Biopsy (w post procedure mammo) <input type="checkbox"/> Galactogram/Ductogram <input type="checkbox"/> Abbreviated Breast MRI (Screening - patient should be scheduled 7-14 days from start of menstrual cycle) <input type="checkbox"/> Other _____	CTA <input type="checkbox"/> Chest - Aorta / Great Vessels <input type="checkbox"/> Chest - for Pulmonary Embolism <input type="checkbox"/> Perforator Protocol <input type="checkbox"/> Chest/Abdomen/Pelvis <input type="checkbox"/> Abdomen/Pelvis <input type="checkbox"/> Abdomen/Pelvis w/ Lower Extremities <input type="checkbox"/> Heart - Coronary Arteries <input type="checkbox"/> Abdomen / Pelvis - Mesenteric Arteries <input type="checkbox"/> Abdomen / Pelvis - Perforator Protocol <input type="checkbox"/> Renal Arteries <input type="checkbox"/> AAA / Endograft (PRE- or POST- placement) <input type="checkbox"/> Run-off of Bilateral Lower Extremities w/ Abdomen & Pelvis <input type="checkbox"/> Run-off of Bilateral Lower Extremities with Pelvis <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Carotids <input type="checkbox"/> Extremity (specify) _____ <input type="checkbox"/> Other _____	APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> PET / CT
OTHER APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> IVP (with Sono, if needed) <input type="checkbox"/> Uterine Fibroid Treatment Consult <input type="checkbox"/> Varicose Vein Treatment Consult <input type="checkbox"/> Other _____	PET / CT APPOINTMENT NECESSARY Prescheduling form required - please call to schedule. Give 48 hours cancellation or reschedule notice. For MRI and CT contrast studies, creatinine testing will be performed for patients meeting contrast screening guidelines.	CTV <input type="checkbox"/> Abdomen / Pelvis <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Intracranial	ULTRASOUND APPOINTMENT NECESSARY ANY STUDY MAY REQUIRE DOPPLER EVALUATION AT DISCRETION OF RADIOLOGIST. <input type="checkbox"/> Abdomen Complete <input type="checkbox"/> Pelvic Transabdominal & Transvaginal <input type="checkbox"/> Obstetrical Transabdominal Transvaginal <input type="checkbox"/> Obstetrical Transvaginal <input type="checkbox"/> Pelvic (Transvaginal Only) <input type="checkbox"/> Obstetrical Transvaginal & Transabdominal <input type="checkbox"/> Pelvic (Transabdominal Only) <input type="checkbox"/> Carotid Doppler <input type="checkbox"/> Venous Doppler <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> Arterial Duplex (Complete NIPS): <input type="checkbox"/> Arms <input type="checkbox"/> Legs <input type="checkbox"/> Thyroid Including Neck <input type="checkbox"/> Testicular (includes Doppler) <input type="checkbox"/> Ankle-Brachial Indices (Limited NIPS) <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Aorta <input type="checkbox"/> Other _____
MYELOGRAM w/CT TO FOLLOW APPOINTMENT NECESSARY <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Lumbar <input type="checkbox"/> Cisternography <input type="checkbox"/> Thoracic <input type="checkbox"/> Entire spine <input type="checkbox"/> Other _____			

ARA DIAGNOSTIC IMAGING

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN:

(EXAMINATION INSTRUCTIONS)

ENEMA DE BARIO

1. Obtenga un kit LOSO Prep. (El kit LOSO Prep se puede obtener en cualquier ubicación de ARA.)
2. Siga las instrucciones para la preparación de 24 horas.
3. Después de medianoche, no coma ni tome 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, o sopa.
2. Después de medianoche, no coma ni tome nada, tampoco fume o mastique chicle (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, o sopa.
2. Compre una botella de LECHE DE MAGNESIA. La noche antes de su examen exactamente a las 9:00 pm anterior a su examen, tome dos (2) cucharadas de LECHE DE MAGNESIA.
3. Después de medianoche, no coma ni tome nada hasta después del examen. Tampoco fume o mastique chicle (goma de mascar).
4. POR FAVOR TOME EN CUENTA QUE EL EXAMEN PUEDE DURAR VARIAS HORAS.

IVP*

1. El día antes de su examen entre el almuerzo y la cena, tome de seis (6) a ocho (8) vasos de líquidos claros (1/4 de litro). El vaso tiene que tener 8 onzas.
2. En la noche antes de su examen, coma una cena ligera. Limite la cena a cosas como un pequeño sándwich, gelatina, o sopa. No tome ni coma ningun producto que contenga lacteos.
3. Entre las 5:00 pm y las 9:00 pm, tome dos (2) tabletas de DULCOLAX o Bisacodyl U.S.P. NOTA: DESPUÉS DE TOMAR LECHE O ANTIÁCIDOS ESPERE UNA HORA ANTES DE TOMAR LAS TABLETAS (CÁPSULAS) DE DULCOLAX O BYSACODYL.
4. Después de medianoche, no coma nada hasta después del examen. Antes de su examen puede tomar líquidos claros.

ULTRASONIDO* PÉLVICO/OBSTÉTRICA

1. Tome 32 onzas (aproximadamente un litro) de líquido una hora antes que comience el examen.. DEBE DE TENER LA VEJIGA LLENA PARA EL EXAMEN.
2. NO VACÍE la vejiga hasta después del examen.

ULTRASONIDO ABDOMINAL

1. Exámenes por la mañana: La noche anterior, después de la media noche, no coma ni tome nada. Hasta después del examen.
2. Exámenes por la tarde: ANTES DEL LAS 8:00 AM, TENGA UN DESAYUNO BAJO EN GRASAS (que no incluya leche, mantequilla, crema, queso y/o mantequilla de cacahuate/maní). No coma o tome nada antes del examen.

ULTRASONIDO RENAL*

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

MAMOGRAFÍA (Para programar una mamografía de rutina utilice nuestra conveniente herramienta de programación en línea disponible en www.ausrad.com)

1. Lave bien sus senos antes del examen.
2. No aplique ningún desodorante, polvo o crema en las axilas o sobre los senos.
3. Se recomienda que use un conjunto de dos piezas.

CT/MRI

1. Llame al centro donde será su cita para obtener instrucciones de preparación.

PET*

1. No tenga ninguna actividad agotadora las 24 horas antes del examen.
2. El día antes de su examen entre el almuerzo y la cena, tome de seis (6) and ocho (8) vasos de líquidos (1/4 de litro). El vaso tiene que tener 8 onzas.
3. Un día antes no coma nada despues de la media noche, si su examen será antes de la 1 pm.
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 como normalmente los toma.
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.